

LE SPÉCIALISTE

DÉJÀ 15 ANS

LE MAGAZINE DE LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES DU QUÉBEC

Vol. 16 n° 1 | Mars 2014

L'assurance autonomie : projet de société ou plan marketing ?

UN FOURNISSEUR
DE SERVICES
D'ASSURANCE
PAS COMME LES AUTRES!

Voir p. 37



FÉDÉRATION
DES MÉDECINS
SPÉCIALISTES
DU QUÉBEC

L'accessibilité aujourd'hui... pour la vie!
Votre médecin spécialiste

Sogemec
ASSURANCES 

L'OFFRE EXCLUSIVE POUR LES MÉDECINS SPÉCIALISTES



GRÂCE À L'OFFRE EXCLUSIVE, PROFITEZ D'AVANTAGES POUR FINANCER VOTRE PROPRIÉTÉ:

- Réduction jusqu'à 1,75% sur la portion à taux fixe pour les prêts hypothécaires combinés
- Taux préférentiel ou meilleure offre pour les prêts hypothécaires à taux variable réduit
- Jusqu'à 850 \$ de remise pour les frais de notaire
- Et bien plus!

desjardins.com/fmsq



Coopérer pour créer l'avenir

Une offre exclusive
aux membres de la
FMSQ



Besoin de changement?



Remplacez votre appareil plus souvent
avec les nouveaux forfaits TELUS sur 2 ans

TELUS aide les professionnels de la santé à être plus efficaces en leur fournissant des services et des outils technologiques adaptés à leurs besoins. Prenez avantage des nouveaux forfaits de la FMSQ et remplacez vos appareils plus souvent*.

www.TelusMD.com

telusmd@mobilenetcanada.com

1-866-673-5080 pour plus de détails



FÉDÉRATION
DES MÉDECINS
SPÉCIALISTES
DU QUÉBEC

 **MOBILENET**
COMMUNICATION INC.

 **TELUS**

** Crédit d'activation offert pour une durée limitée pour nouvel abonné seulement, avec nouvelle mise en service de 2 ans. Avec les nouvelles ententes de 2ans vous pouvez renouveler votre entente après 2 ans et bénéficier des rabais disponibles lié a votre renouvellement. Les clients Telus et Koodo existants ne sont pas éligibles au crédit d'activation. Cette offre ne peut être jumelée à aucune autre offre. Les taxes et les frais pour les services payables à l'usage sont en sus. Les appels interurbains sont ceux faits du Canada vers le Canada seulement. Certaines conditions s'appliquent. Le forfait mensuel corporatif inclus les frais de réseau. Le frais d'activation de \$35.00 n'est pas applicable. Ces tarifs sont uniquement offerts dans la mesure où l'entente entre TELUS et l'Entreprse visée par l'offre demeure en vigueur. Le client doit présenter une preuve d'emploi ou une carte de membre valide.



Tournez la valeur nette de votre maison à votre avantage, grâce à la Marge Proprio RBC.

Tirez parti de la valeur nette de votre maison

Optez pour la Marge Proprio RBC® et tirez parti de la valeur nette de votre maison pour financer vos prochaines rénovations, des frais de scolarité ou des placements, comme des cotisations à votre REER†.

Cette solution vous permet de gérer judicieusement tous vos besoins d'emprunt en un seul programme à la fois simple et flexible. Voici ce qu'offre la Marge Proprio RBC :

- Une demande unique : à mesure que vous remboursez votre hypothèque, le crédit disponible de votre marge de crédit augmente automatiquement. Nul besoin de présenter une nouvelle demande.
- La souplesse d'accéder à des fonds quand et comme vous voulez : au guichet, par chèque, en succursale et par Banque en direct.

Pour en savoir davantage sur la Marge Proprio RBC, visitez rbcbanqueroyale.com/hypothèque ou composez le 1 800 769-2511

Une banque de conseils
pour vous guider®

Le Spécialiste est publié quatre fois par année
par la Fédération des médecins spécialistes du Québec.

COMITÉ ÉDITORIAL

D^r Harold Bernatchez
D^{re} Karine Tousignant
M^e Sylvain Bellavance
Nicole Pelletier, ARP
Patricia Kéroack, réd. a.

ÉDITRICE DÉLÉGUÉE

Nicole Pelletier, ARP, directrice
Affaires publiques et
Communications

**RESPONSABLE
DE L'ÉDITION**

Patricia Kéroack, réd. a.
conseillère en communication

RÉVISION

Annie Dallaire
Angèle L'Heureux

GRAPHISME

Dominic Armand

PUBLICITÉ

France Cadieux

IMPRESSION

Impart Litho

TIRAGE

14 000 exemplaires

POUR NOUS JOINDRE

RÉDACTION

☎ 514 350-5021 ☎ 514 350-5175
✉ communications@fmsq.org

PUBLICITÉ

☎ 514 350-5274 ☎ 514 350-5175
✉ fcaidieux@fmsq.org

🌐 magazinespecialiste.com

Fédération des médecins
spécialistes du Québec
2, Complexe Desjardins, porte 3000
C.P. 216, succ. Desjardins
Montréal (Québec) H5B 1G8
☎ 514 350-5000

POSTE-PUBLICATION

Contrat de vente 40063082

DÉPÔT LÉGAL

1^{er} trimestre 2014
Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 1206-2081

La Fédération des médecins spécialistes du Québec a pour mission de défendre et de promouvoir les intérêts des médecins spécialistes membres des associations affiliées, sur le plan économique, professionnel, scientifique et social. La Fédération des médecins spécialistes du Québec regroupe les spécialités suivantes : anatomopathologie ; anesthésiologie ; biochimie médicale ; cardiologie (adulte ou pédiatrique) ; chirurgie cardiaque ; chirurgie colorectale ; chirurgie générale ; chirurgie générale oncologique ; chirurgie générale pédiatrique ; chirurgie orthopédique ; chirurgie plastique ; chirurgie thoracique ; chirurgie vasculaire ; dermatologie ; endocrinologie et métabolisme ; gastro-entérologie ; génétique médicale ; gériatrie ; hématologie ; hématologie et oncologie pédiatrique ; immunologie clinique et allergie ; maladies infectieuses ; médecine communautaire ; médecine d'urgence ; médecine d'urgence pédiatrique ; médecine de l'adolescence ; médecine de soins intensifs (adulte ou pédiatrique) ; médecine du travail ; médecine interne ; médecine maternelle et fœtale ; médecine néonatale et périnatale ; médecine nucléaire ; médecine physique et réadaptation ; microbiologie médicale ; néphrologie ; neurochirurgie ; neurologie ; neuropathologie ; obstétrique et gynécologie ; oncologie gynécologique ; oncologie médicale ; ophtalmologie ; oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale ; pathologie générale ; pathologie hématologique ; pathologie judiciaire ; pédiatrie ; pneumologie (adulte ou pédiatrique) ; psychiatrie ; radio-oncologie ; radiologie diagnostique ; rhumatologie et urologie.

Toutes les annonces de produits pharmaceutiques sur ordonnance sont approuvées par le Conseil consultatif de publicité pharmaceutique.

Les articles portant signature n'engagent que leur auteur. Tous droits réservés. Le contenu ne peut être reproduit sans l'autorisation écrite de l'éditeur.

LES ANNONCEURS DE CETTE ÉDITION :

- Desjardins 2
- Telus 3
- RBC Banque Royale 4
- Financière des professionnels 6
- La Personnelle 10
- Congrès santé respiratoire 12
- Club voyages Berré 13
- Evenko 14
- Sogemec Assurances 36
- Multi-D/FIDL 40

SOMMAIRE

- 7 L'ÉDITORIAL DU PRÉSIDENT**
Encore!
- 8 LES ACTUALITÉS FÉDÉRATIVES**
- 11 LE MOT DE LA VICE-PRÉSIDENTE**
L'obsession du PEM n'est pas seulement l'enjeu d'une génération
- 12 LES ACTUALITÉS**
- 13 EN MANCHETTES**
- 15 QUESTION DE DROIT**

DOSSIER

17

**L'ASSURANCE AUTONOMIE :
PROJET DE SOCIÉTÉ
OU PLAN MARKETING ?**

- Ce que la « société » devrait savoir! **18**



**32 LES GRANDS NOMS DE LA MÉDECINE
AU QUÉBEC**

D^r André Carpentier, endocrinologue

**34 DÉVELOPPEMENT
PROFESSIONNEL CONTINU**

35 FINANCIÈRE DES PROFESSIONNELS

36 SOGEMEC ASSURANCES

38 PRESIDENT'S EDITORIAL

Encore!

39 SERVICES AUX MEMBRES

Avantages commerciaux



Docteur,

**Le meilleur allié de votre pratique :
le portail de la FMSQ**

**Gardez votre profil à jour pour recevoir par courriel
toutes les communications vous concernant
(messages du président, postes offerts, etc.).**

fmsq.org

Recommandé par la Fédération des médecins spécialistes du Québec.

Le service
d'accompagnement à
l'incorporation
de la Financière des
professionnels

- Permet le fractionnement de revenu
- Optimise le report d'impôt
- Favorise plusieurs stratégies fiscales avantageuses

En tant que professionnel en pratique privée, vous pourriez obtenir de réels avantages en vous incorporant. Et si vous êtes déjà incorporé, savez-vous que plusieurs aspects ont évolué avec le temps ?

Votre fédération est le principal actionnaire de la Financière des professionnels depuis plus de 35 ans. Nos conseillers sont vos partenaires privilégiés pour constituer votre société par actions ou vous aider à l'optimiser. Ils connaissent précisément votre réalité professionnelle.

Appelez l'un de nos conseillers pour en profiter.



FÉDÉRATION
DES MÉDECINS
SPÉCIALISTES
DU QUÉBEC

Actionnaire de la Financière
des professionnels depuis 1978

www.fprofessionnels.com

Montréal 1 888 377-7337
Québec 1 800 720-4244
Sherbrooke 1 866 564-0909

Financière des
professionnels
Gestionnaire de patrimoine

Financière des professionnels inc. détient la propriété exclusive de Financière des professionnels – Fonds d'investissement inc. et de Financière des professionnels – Gestion privée inc. Financière des professionnels – Fonds d'investissement inc. est un gestionnaire de portefeuille ainsi qu'un courtier en épargne collective inscrits auprès de l'Autorité des marchés financiers (AMF) qui gère et distribue les fonds de sa gamme de Fonds, et qui offre des services-conseils en fonds d'investissement et en planification financière. Financière des professionnels – Gestion privée inc. est un courtier en placement membre de l'Organisme canadien de réglementation du commerce des valeurs mobilières (OCRCVM) et du Fonds canadien de protection des épargnants (FCPE) qui offre des services de gestion de portefeuille.





L'ÉDITORIAL DU PRÉSIDENT

DR GAÉTAN BARRETTE

Encore!

En anglais, ce serait une demande de rappel. En français, ça pourrait vouloir dire « coudonc, encore ? » Voilà, malgré tout, le mot qui décrit bien la situation sociopolitique ambiante.

Encore un budget déficitaire. Vous attendiez-vous à autre chose ? Mais un budget qui inclut, en santé, la notion de paiement à l'activité, ce qui doit vous faire rire, car combien de fois, dans ces lignes, la FMSQ en a-t-elle fait la promotion ? Donc, encore une idée de la FMSQ reprise par les instances politiques !

N'OUBLIEZ JAMAIS CECI : EN 2006, VOTRE RÉMUNÉRATION ÉTAIT EN MOYENNE INFÉRIEURE DE 55 % À CELLE DE VOS COLLÈGUES CANADIENS. DEUX GOUVERNEMENTS SUCCESSIFS L'ONT ADMIS ET ONT CONSENTI À UN RATTRAPAGE SUR 10 ANS, LEQUEL DOIT VOUS MENER, AU 31 MARS 2015, À ENVIRON MOINS 10 % DE CETTE MOYENNE CANADIENNE. LE MÊME ÉCART MOYEN QUE LES AUTRES QUÉBÉCOIS. VOUS N'AUREZ ÉTÉ L'OBJET D'AUCUN TRAITEMENT PRÉFÉRENTIEL PAR RAPPORT AU RESTE DE LA SOCIÉTÉ QUÉBÉCOISE.

Encore des élections. Bon, d'accord, il fallait que ça arrive tôt ou tard. Mais encore l'inondation d'annonces préélectorales. En avons-nous vraiment les moyens ? Comment est-il possible de faire tant d'annonces quand il manque tant d'argent dans les coffres de l'État ?

Encore d'indécentes interventions partisans téléguidées par le parti au pouvoir. Y a-t-il une personne au Québec qui ne croit pas que la sortie de Diane Lavallée au nom de l'AQESSS n'était rien d'autre qu'une commande politique à cette ancienne sous-ministre et candidate du PQ ? N'avons-nous pas tous remarqué l'absence de questionnement sur les choix de ce gouvernement ? Plus *cheap* que ça...

Encore les pas très subtiles interventions de la famille Contandriopoulos. Et ils pensent que leurs biais ne sont pas visibles ! Ce ne serait pas si grave s'ils ne se drapaient pas constamment dans la « science ». Bah ! Je lisais récemment qu'aujourd'hui, il y a de plus en plus de tricheurs dans nos universités et qu'ils ne se font pas souvent prendre...

Encore la rémunération des médecins. Ben oui ! Encore et encore. Mais, chères et chers collègues, n'oubliez jamais ceci : en 2006, votre rémunération était en moyenne inférieure de 55 % à celle de vos collègues canadiens. Deux gouvernements successifs l'ont admis et ont consenti à un rattrapage sur 10 ans, lequel doit vous mener, au 31 mars 2015, à environ moins 10 % de cette moyenne canadienne. **Le même écart moyen que les autres Québécois.** Vous n'aurez été l'objet d'aucun traitement préférentiel par rapport au reste de la société québécoise, mais vous serez constamment jalouxés par les bien-pensants qui monopolisent l'espace public et qui, dans bien des cas, ont des revenus comparables aux vôtres tout en les gardant bien secrets, évidemment.

Encore l'incorporation. Et toujours ce même ciblage qui abonde dans « l'air du temps ». Nous, médecins, sommes assourdis par le silence des élites politiques devant un tel discours ambiant, mais pas surpris, car ne voyons-nous pas les leaders d'opinion attiser la suspicion, voire la haine, dans la société, encourager la division et agiter la population uniquement à des fins électoralistes ? Ça s'appelle jouer avec le feu.

Encore et finalement : si le gouvernement veut attaquer les fameux « 1 % », qu'il le fasse globalement et sans discrimination. L'arme s'appelle l'impôt. Et qu'il arrête de bassement cibler le sous-groupe que représente celui des médecins, un groupe au rôle encore et encore considéré essentiel et d'immense valeur par la société. Mais, si elle se produit, cette bataille se fera alors à armes égales, car le « 1 % » réagira.

Encore une fois viendra, très bientôt, le temps de prendre tous les moyens nécessaires pour vous défendre.

Encore une fois, vous aurez raison de le faire.

Syndicalement vôtre !

C'est aussi ça être médecin spécialiste

Le 31 décembre dernier, alors que toutes les maisonnées québécoises s'apprêtaient à souligner l'arrivée de la nouvelle année, la FMSQ lançait sa nouvelle campagne publicitaire.

En préparation depuis plusieurs mois, cette nouvelle offensive média vise à illustrer, sous différentes déclinaisons, l'engagement, la passion et les réalisations des médecins spécialistes dans plusieurs domaines.

Certains médecins spécialistes s'impliquent activement dans des causes qui leur tiennent à cœur, d'autres ont réalisé des projets novateurs visant à améliorer le fonctionnement du système de santé, certains sont reconnus internationalement dans leur spécialité, d'autres repoussent les limites des connaissances actuelles, mettent au point de nouvelles techniques moins invasives, trouvent de nouveaux traitements pour améliorer les conditions de vie des patients. Comme l'a souligné D^r Barrette : « Nous sommes fiers de montrer ce côté méconnu du travail des médecins spécialistes dans ce qu'ils font, en plus de soigner leurs patients. Ce sont de véritables coups de cœur que nous présenterons au public au cours des prochains mois. »

Les premières capsules ont rendu hommage aux proches aidants. Rappelons qu'en avril 2012 la Fédération a créé sa fondation qui supporte financièrement différents projets offrant du répit aux proches aidants. Cette publicité faisait donc d'une pierre deux coups : faire connaître l'engagement des médecins spécialistes envers les aidants et rendre hommage à ces femmes et ces hommes dont on mesure mal le dévouement au quotidien. Cette période de l'année y était tout à fait propice.

QUI SONT-ILS ?

La campagne publicitaire ne fait appel qu'à du « vrai monde ». C'est le cas des médecins spécialistes, qui racontent comment ils ont « fait plus » en marge de leur pratique quotidienne. Il en est de même pour les aidants naturels : des gens qui œuvrent au sein d'une association venant en aide aux aidants naturels et ayant reçu un soutien financier de la Fondation de la FMSQ. Les meilleurs porte-parole de cette grande cause!



Les capsules régulières déjà en ondes où figurent des médecins spécialistes traitent de dermatologie (D^{re} Dominique Hanna), de cardiologie (D^r Gilles O'Hara) et de pédiatrie (D^{re} Pascale Hamel). Une série de capsules spéciales a aussi été produite pour la période des Jeux olympiques : trois médecins spécialistes parlent de leur engagement auprès des athlètes de haut niveau (D^r Paul Poirier, cardiologue; D^r Louis-Philippe Boulet, pneumologue; et D^r François Marquis, orthopédiste). Incidemment, D^r Marquis est le père de Philippe Marquis, membre de l'équipe canadienne de ski acrobatique.

Consultez toutes les capsules publicitaires sur le portail de la FMSQ à fmsq.org.



D^{re} Dominique Hanna



D^r Gilles O'Hara



D^r François Marquis



D^r Paul Poirier



D^r Louis-Philippe Boulet



D^{re} Pascale Hamel et Vincent



APRÈS LES GRANDS FROIDS, LES GRANDES CHALEURS

La saison estivale approche... préparez vos bâtons. La prochaine édition du Tournoi de golf des fédérations médicales au profit de la Fondation du Programme d'aide aux médecins du Québec aura lieu le **28 juillet 2014**. Cette neuvième édition sera la journée idéale pour échanger avec vos collègues!

Les formulaires d'inscription sont disponibles sur le portail de la FMSQ (fmsq.org). Le tournoi affiche complet rapidement, inscrivez-vous sans délai.

Plusieurs options de commandites sont disponibles. Pour information, contactez **madame Hoda Sayegh** au **514 350-5000, poste 279** ou hsayegh@fmsq.org.

Psychiatrie

Pour un encadrement des expertises médicales

Lors d'une conférence de presse tenue le 6 février dernier, l'Association des médecins psychiatres du Québec (AMPQ) a dévoilé les résultats d'un sondage effectué auprès de ses membres et a demandé un encadrement des expertises médicales.

Visant à reconnaître la qualité des expertises médicolégales, l'AMPQ a énoncé sept recommandations dans le but de resserrer les règles et le cadre de pratique. Déplorant le manque de balises qui encadrent le travail actuel des experts, l'Association propose de revoir les critères, de clarifier et de documenter l'habileté de l'expertise. Elle demande, d'une part, que les médecins documentent leur habileté à agir en tant qu'experts et, d'autre part, la création par le Collège des médecins du Québec d'une banque d'experts reconnus.

Invoquant l'encadrement de la pratique médicale et le contrôle de la qualité de l'acte, l'Association demande l'instauration des inspections professionnelles sur la pratique des expertises. Ainsi, tout rapport d'expertise devrait contenir une « Déclaration de l'expert ». « Notre réflexion fait partie intégrante de l'évolution normale de la pratique médicale. Avec les années, la médecine s'est grandement complexifiée, donnant lieu à diverses surspécialités. Recourir à un expert médical, c'est s'assurer d'un gage de compétence et d'expérience », a expliqué d'entrée de jeu la présidente de l'AMPQ, D^{re} Karine Igartua.

QUALITÉ D'EXPERTISE AVANT TOUT

L'AMPQ déplore le recours à l'expertise dirigée. « On trouve malheureusement souvent des cas où le travail de l'expert est dirigé en fonction de l'une ou de l'autre partie », a ajouté D^{re} Igartua. L'Association propose donc que les mandats d'expertises soient octroyés par le tribunal plutôt que par les parties intéressées. Le tribunal pourrait recourir à un banc de trois experts pour les causes plus complexes. Finalement, l'Association estime qu'à défaut d'octroi du mandat d'expertise par le tribunal, les procureurs devraient avoir l'obligation de divulguer toutes les expertises sollicitées pour la cause (écrites ou verbales, préliminaires ou complètes).

La réflexion de l'AMPQ s'inscrit parallèlement à la démarche effectuée en ce sens par le Collège des médecins du Québec. Ce dernier a mis sur pied, en juillet 2013, un groupe de travail sur la médecine d'expertise dont le mandat est, entre autres, de mettre à jour le guide d'exercice sur la médecine d'expertise, de proposer des critères d'identification d'un médecin expert et une méthode d'évaluation de la qualité d'une expertise, et de définir le cadre de travail entourant l'expertise médicale. Le rapport final du groupe est attendu en mai 2014.

Lac-Mégantic

Un répit supplémentaire grâce à la FFMSQ

La Fondation de la FMSQ (FFMSQ) a ajouté à la magie de Noël en offrant du répit à plus de 220 familles de Lac-Mégantic ayant été touchées par la tragédie du 6 juillet dernier. En effet, la Fondation a accordé un soutien financier de 45 000\$ permettant l'ajout d'une nuitée et d'une journée d'activités supplémentaires au séjour déjà organisé par la Fondation Pierre Gagné et le Patronage Saint-Vincent-de-Paul de Jonquières.

« La tragédie survenue à Lac-Mégantic est très certainement l'événement ayant le plus bouleversé les Québécois au cours de 2013. Lorsque nous avons entendu parler de l'initiative de la Fondation Pierre Gagné – initiative que nous tenons d'ailleurs à saluer –, nous avons immédiatement entrepris des démarches pour en savoir plus et, éventuellement, y apporter notre contribution. En cette période propice au partage, nous avons été heureux de pouvoir poser un geste concret afin d'offrir un peu de répit, voire un baume, à ces familles durement éprouvées », de dire le président de la FFMSQ, D^r Gaétan Barrette.



ONROULEAUQUÉBEC
L'ACCESSIBILITÉ AU QUOTIDIEN

L'outil de référence pour faciliter la vie des personnes à mobilité réduite!

LIEUX ACCESSIBLES
Aidez-les à rester mobiles et actifs grâce à ce répertoire de lieux et commerces de proximité accessibles!

RESSOURCES DÉDIÉES
Ayez à portée de main une foule de ressources et d'outils pour vos patients et aiguillez-les sur toutes les possibilités!

LOGEMENTS ACCESSIBLES
Aidez-les à trouver un logement adapté à leur mobilité réelle pour améliorer leur autonomie et leur qualité de vie!

Conçu pour aider les...

- Personnes à mobilité réduite temporaire suite à une chirurgie ou une blessure
- Personnes avec une maladie dégénérative
- Personnes handicapées
- Personnes âgées

Basé sur les expériences vécues par les citoyens et leurs médecins...

Un seul portail pour toute l'information sur l'accessibilité

www.OnRouleAuQuebec.ca
info@onrouleauquebec.ca

Un petit répit...
une **GRANDE CAUSE !**



**CETTE ANNÉE, SOUTENONS LA
CAUSE DES AIDANTS NATURELS.**

Pour contribuer, vous n'avez qu'à
demander une soumission d'assurance
auto, habitation ou entreprise.

Pour chaque soumission complétée
d'ici le 31 décembre 2014,
La Personnelle et Sogemec verseront

10\$ à la Fondation de la FMSQ.

VOILÀ UNE MAGNIFIQUE FAÇON D'APPUYER LA CAUSE DES AIDANTS NATURELS,
UNE CAUSE QUI REJOINT, À CE JOUR, PLUS D'UN MILLION DE QUÉBÉCOIS.

DEMANDEZ VOTRE SOUMISSION
et aidez-nous à soutenir
la Fondation de la FMSQ.

1 866 350-8282

sogemec.lapersonnelle.com/fondation



FÉDÉRATION
DES MÉDECINS
SPÉCIALISTES
DU QUÉBEC

Sogemec
ASSURANCES

www.sogemec.qc.ca



laPersonnelle

Assureur de groupe auto, habitation
et entreprise

La bonne combinaison.



LE MOT DE LA VICE-PRÉSIDENTE

D^{RE} DIANE FRANCOEUR

L'obsession du PEM n'est pas seulement l'enjeu d'une génération

Il n'y a pas que les résidents qui sont obsédés par les effectifs médicaux, et avec raison. On assiste sur le terrain à de l'improvisation des règles de gestion des plans d'effectifs médicaux (PEM).

Quelle surprise! Soudainement, les collègues en fin de carrière deviennent la proie des prédateurs : les chefs de département sont inquiets de ne pouvoir recruter et mettent de la pression pour imposer les départs. Les résidents font de l'angoisse sur leur futur code postal. Entre ces deux générations se retrouvent les « X » et les jeunes boomers que l'on prend à rêver de temps partiel... avec des argumentaires discutables : difficile de garder sa compétence à temps partiel dans les disciplines chirurgicales!

Comment en sommes-nous arrivés là? Plusieurs situations interreliées sont responsables du possible dérapage qui pourrait mener au chômage médical si l'on ne se réveille pas! Les médecins avaient l'habitude de se couvrir entre eux; il y avait toujours un ou des collègues pour prendre la balle au bond et travailler un peu plus, le temps que la situation se règle. Ce n'est quand même pas d'hier qu'il y a des congés de maladie ou de maternité. Toutefois, ceux-ci étaient moins longs et les demandes moins farfelues, car le jour venait où l'on devait donner au suivant.

La pratique de la médecine spécialisée se fait de plus en plus en silo, même dans les groupes. Le changement de profil de pratique, sans égard aux besoins du groupe, a toujours été problématique. Que dire des demandes de collègues qui incluent même le privilège de garder ses « goodies » : priorité opératoire, plateaux techniques en cliniques externes, mais en laissant gentiment la couverture de garde, particulièrement lorsque le *beeper* sonne beaucoup...

Selon les règles de gestion, le PEM est comptabilisé comme suit :

4. COMPTABILISATION D'UN MÉDECIN AU PEM

4.1. Règle générale

Un médecin est comptabilisé au PEM d'un seul établissement, soit celui dans lequel il effectue la majorité de sa pratique clinique en établissement.

4.2. Médecin ayant une pratique dans plusieurs établissements

Un médecin spécialiste qui détient des privilèges dans plus d'un établissement est, sauf exception, inscrit au PEM de son principal établissement d'exercice soit celui où la proportion de ses revenus en établissement est la plus élevée.

Avant de procéder à un changement de son lieu principal de pratique, un médecin doit s'assurer d'obtenir un poste au PEM de l'établissement où il aura dorénavant sa pratique principale.

Source : Règles de gestion : plan d'effectifs médicaux en spécialité, MSSS, 2011. Disponible au msss.gouv.qc.ca.

Ceci signifie avoir une pratique à temps plein et couvrir ses obligations de garde. Alors, comment calculer les obligations d'enseignement (il y a des étudiants partout), de recherche, du médico-administratif? Et comment compter les nombreuses heures de garde sur place ou en disponibilité?

LES TEMPS ONT CHANGÉ. LES CANDIDATS SE BOUSCULENT POUR RESTER AUTOUR DES GRANDS CENTRES URBAINS ET DEUX TEMPS PARTIELS NE FONT PAS UN TEMPS PLEIN!

Comment gérer l'absence d'enthousiasme des collègues moins sensibles au bonheur du groupe? Quel pouvoir aura le chef dans la gestion de ses obligations? Il y a du contrat dans l'air... Nous vivons une période de turbulences après toutes les années de pénurie où l'on acceptait les candidatures, peu importe les besoins particuliers, en se disant qu'un temps partiel était acceptable, les médecins étant à bout de souffle.

Les temps ont changé. Les candidats se bousculent pour rester autour des grands centres urbains et deux temps partiels ne font pas un temps plein! C'est à ce moment que les attentes doivent être mutuellement négociées, divulguées et acceptées par les équipes. « Une vraie job » de chef! Les PEM à temps partiel ne sont pas au programme.

Ça ne veut pas dire que c'est impossible pour autant, mais c'est plus compliqué et sous la responsabilité du médecin qui désire sortir des sentiers battus. Il devra se trouver un ou des partenaires pour partager la tâche. Pas simple. Cette définition est, par ailleurs, un sujet de controverses et de discussions chez nos amis du ROC : un colloque de deux jours portant sur les effectifs médicaux était d'ailleurs organisé par le Collège royal en février.

Finalement, devrions-nous nous inquiéter de nos fins de carrières? Certains dossiers qui sont actuellement en réflexion, comme le jumelage de fin de carrière, le décompte des PEM des fins de carrière si l'on sort de l'Annexe 38, les changements de la rémunération mixte et l'obligation de voir des patients pour facturer un *per diem*, seront déjà un incitatif à la vraie retraite. Le financement des cabinets, s'il arrive, permettra d'augmenter les offres de service et de gérer les besoins particuliers. Mais tout cela ne changera jamais notre carte de visite : la garde doit être couverte.

Voilà des pistes de solutions plus élégantes que de pousser nos « vieux » vers la sortie.

Encouragez vos patientes : observationdesseins.org

Une femme sur neuf sera atteinte du cancer du sein au cours de sa vie. La Fondation du cancer du sein du Québec a lancé à la fin février une vaste campagne d'éducation sur les trois pratiques de la santé du sein. La FMSQ appuie cette importante campagne.

Dans le cadre de votre travail, vous rencontrez sans doute beaucoup de femmes qui se préoccupent de leur santé. Malgré tout, 78 % des femmes n'observent pas fréquemment leurs seins; plusieurs d'entre elles ont peur, manquent de connaissances, ou sont convaincues, à tort, qu'il s'agit d'une pratique compliquée. En mettant à leur disposition des ressources adaptées, la Fondation vise à démontrer aux femmes qu'elles sont capables de le faire. Vous avez le pouvoir d'influencer positivement la santé de vos patientes : vous pouvez aider à les informer davantage, voire à les convaincre!



La Fondation met à votre disposition, en tant que professionnel de la santé, des affiches et dépliants que vous pourrez remettre à vos patientes.

Visitez le rubanrose.org/materieleducatif pour vous en procurer gratuitement! Lorsqu'il est question de cancer du sein, les femmes doivent mettre toutes les chances de leur côté!

La santé ou les profits ?



D^r David Mulder D^r Dick Menzies

Dans le but de protéger la santé des individus, **D^r David Mulder**, chirurgien thoracique senior au CUSM – Hôpital général de Montréal, ainsi que **D^r Dick Menzies**, chef de la Division de chirurgie thoracique et directeur de la Division des soins respiratoires au CUSM –

Institut thoracique de Montréal, en collaboration avec la Coalition québécoise pour le contrôle du tabac, ont lancé la campagne *La santé avant leurs profits*.

Tout en dénonçant le tabagisme et ses effets sur la santé de la population, la campagne demande au ministre de la Santé et des Services sociaux d'agir pour interdire les produits du tabac, la plus importante cause de maladies et de décès évitables dans notre société.

Les deux médecins lancent, de plus, un appel à tous leurs collègues médecins les invitant à en faire autant. Ils invoquent d'ailleurs l'article 3 (chap. II) du Code de déontologie stipulant que : « Le médecin a le devoir primordial de protéger et de promouvoir la santé et le bien-être des individus qu'il sert, tant sur le plan individuel que collectif. »

Vous aussi pouvez appuyer cette campagne en visitant le site lasanteavantleursprofits.com pour y trouver un modèle de lettre à envoyer au ministre Réjean Hébert.



Congrès canadien sur la santé respiratoire



2014

À inscrire à votre agenda!

**TELUS Convention Centre, Calgary (Alberta)
24-26 avril, 2014**

Pour tous les détails du programme et pour s'inscrire, visitez le site www.poumon.ca/crc

Présenté par :

SOCIÉTÉ  CANADIENNE DE THORACOLOGIE

 L'ASSOCIATION PULMONAIRE
Les Professionnels canadiens en santé respiratoire

 L'ASSOCIATION PULMONAIRE



Une bouffée d'air frais

En collaboration avec:

THE  LUNG ASSOCIATION[®]
Alberta & NWT

PRIX ET RECONNAISSANCES

PRIX DE TRANSPLANT QUÉBEC



Production multimédia CHUM

Lors du congrès de la Société québécoise de transplantation, **D^r Michel R. Pâquet**, néphrologue spécialisé en greffe rénale au CHUM – Hôpital Notre-Dame, a reçu le Grand Prix 2013 de l'organisme Transplant Québec. D^r Pâquet est reconnu pour son engagement indéfectible dans la cause du don d'organes, notamment pour l'adoption d'une loi facilitant le don d'organes et de tissus.

PRIX DU CRCHUM



Production multimédia CHUM

Le Centre de recherche du CHUM (CRCHUM) a décerné un prix d'excellence à **D^r Fred Saad** en reconnaissance de sa contribution scientifique exceptionnelle au cours de sa carrière. D^r Saad est chercheur de l'axe Cancer au CRCHUM, urologue et chef du Service d'urologie du CHUM.

PRIX DU CRMCC



Le Prix de mérite James H. Graham 2014 du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC) a été remis à **D^r David Mulder**, chirurgien thoracique sénior au CUSM – Hôpital général de Montréal. D^r Mulder a consacré sa carrière à l'avancement de la science médicale. Il est aussi reconnu comme étant le médecin en chef des Canadiens de Montréal.

PRIX DU CERCLE DES AMBASSADEURS



D^r François Rousseau, biochimiste médical au CHUQ – Saint-François d'Assise, a reçu le prix Événement de l'année 2013 du Cercle des ambassadeurs pour l'International Cochrane Colloquium. D^r Rousseau coprésidait cette rencontre internationale qui a généré des dépenses touristiques régionales de l'ordre de 1,9 M\$.

NATIONAL GEOGRAPHIC MAGAZINE



L'édition de février 2014 du célèbre magazine est consacrée au cerveau. Relatant les avancées scientifiques et la magie de l'imagerie médicale, le magazine consacre quelques pages aux travaux de **D^r David Fortin**, neurochirurgien au CHUS – Hôpital Fleurimont. Le magazine y présente certains outils d'imagerie 3-D utilisés lors des interventions de neurochirurgie oncologique.

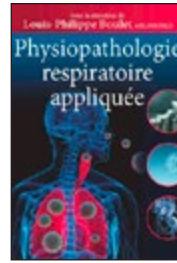
RECONNAISSANCE DE LA VILLE DE BORDEAUX



D^r Michel Gagner, chirurgien général à l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, a reçu la médaille de la Ville de Bordeaux pour souligner sa contribution à l'avancement de la chirurgie digestive par laparoscopie lors du congrès mondial *24 heures Coelio*, où il était président d'honneur.

NOUVELLES PARUTIONS

PHYSIOPATHOLOGIE RESPIRATOIRE APPLIQUÉE



D^r Louis-Philippe Boulet, pneumologue à l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec, a publié *Physiopathologie respiratoire appliquée* aux Presses de l'Université Laval. Cet ouvrage rassemble les notions essentielles à la compréhension de la physiopathologie des affections du système respiratoire. Il est principalement destiné aux étudiants en médecine, aux chercheurs en santé respi-

ratoire et également aux praticiens généraux ou spécialistes qui désirent réviser les notions les plus récentes sur les mécanismes des maladies respiratoires.

GUIDE POUR LES PATIENTS ATTEINTS DE DIABÈTE



Sous la direction de **D^r Claude Garceau**, interniste à l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec, plusieurs spécialistes québécois du diabète ont participé à la publication du *Guide pour les patients atteints de diabète : comment devenir expert dans la prise en charge de sa maladie* publié aux Presses de l'Université

Laval. Le guide est destiné aux patients qui veulent participer activement à la gestion de leur santé comme partenaires de soins.

Marseille, France

clubvoyages
Berri

CONTACTEZ VOTRE CONSEILLER
Club Voyages Berri
514 288-8688
920 Boulevard de Maisonneuve Est
www.berri.clubvoyages.com

AZAMARA
CLUB CRUISES®
YOU'LL love WHERE WE TAKE YOU®

Azamara Club Cruises® est un fier membre de la famille de croisiéristes Royal Caribbean Cruises Ltd. ©2014 Azamara Club Cruises. Enregistrement des navires : Malte. Photo par : Jenna Lyn Pimentel. Club Voyages est une division de Transat Distribution Canada Inc. Permis N° 753141 au Québec. Siège Social : 300, rue Léon-Pariseau, bureau 1601, Montréal, Québec H2X 4B5.



présente plus de 1 000 événements musicaux, familiaux, sportifs partout au Québec

Une référence en divertissement corporatif à l'échelle locale et internationale ainsi que plusieurs sites événementiels pour la tenue de vos événements spéciaux

★
**UNE
EXPÉRIENCE
VIP**

Traitement rapide de toute demande spéciale

Obtention de billets d'événements culturels à la dernière minute

Organisation de soirées privées

Salles et sites en location

Réservation de loges

Rabais corporatif sur certains spectacles

Artistes et divertissement

LE TOUT SOUS UNE SEULE ADRESSE !

Valérie White | 514 925-2124 | vwhite@evenko.ca
Chargée de projets, événements corporatifs

NOUVELLES PARUTIONS (SUITE)

LE GLAUCOME



D^r Pierre Blondeau, ophtalmologiste au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, et **D^r Paul Harasymowycz**, ophtalmologiste à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont et directeur médical de l'Institut du glaucome de Montréal, ont publié *Le glaucome* chez Annika Parance Éditeur. Le livre couvre les différents aspects de la maladie et fournit toute l'information nécessaire pour les patients et leurs proches.

LES MALADIES DE LA PROSTATE



Toujours chez Annika Parance Éditeur, **D^{rs} Michael McCormack** et **Fred Saad**, tous deux urologues au CHUM, ont publié *Les maladies de la prostate*, un guide complet pour les professionnels de la santé, les chercheurs et les étudiants de médecine. Le guide fait état des plus récentes connaissances en la matière ainsi qu'il recense les pratiques actuelles.

PRÉCIS DE CARDIOLOGIE – CARDIOMEDIK



D^r David Laflamme, cardiologue au CSSS Champlain-Hôpital Charles-LeMoine, a publié le *Précis de cardiologie – Cardiomedik*, un document de référence pour les cliniciens. D^r Laflamme a effectué la synthèse de milliers de pages afin de créer cet outil complet d'aide à la prise de décision clinique. *Cardiomedik* est publié aux Éditions Frison Roche, en format de poche.

LE SUICIDE, L'AFFAIRE DE TOUS



D^{re} Suzanne Lamarre, psychiatre au Centre hospitalier de St. Mary, a publié *Le suicide, l'affaire de tous*, un guide qui contient une nouvelle vision de la problématique du suicide. Elle fait la preuve qu'il ne faut plus se limiter à traiter les comportements suicidaires comme les symptômes d'une maladie mentale, mais comme un moment clé pour réorganiser la vie avec les autres. Le livre est publié aux Éditions de l'Homme.

UNE RETRAITE ÉPANOUIE



Vous pensez prendre votre retraite sous peu ? Vous pouvez bénéficier des nombreux conseils offerts par **D^r Yves Lamontagne**, psychiatre retraité depuis 2010 pour qui il est possible de vieillir heureux et en santé. Le livre *Une retraite épanouie*, publié chez Québec Amérique, aborde la santé physique et psychologique, le couple et les finances.

PAR M^e SYLVAIN BELLAVANCEDirecteur
Affaires juridiques et
Négociation – FMSQ

Vers la fin de notre entente

Au moment de lire ces lignes, nous amorçons la dernière année de l'Entente FMSQ-MSSS, laquelle se termine le 31 mars 2015. Diverses mesures demeurent à être introduites d'ici là, mais il faut néanmoins déjà se préparer à un prochain rendez-vous en vue du renouvellement de l'Entente.

Comme vous le savez, les dernières ententes conclues avec le gouvernement québécois en 2007 et en 2011 ont permis la mise en place d'un redressement de la rémunération des médecins spécialistes ainsi que l'implantation de diverses mesures pour améliorer la qualité et l'accessibilité aux services médicaux spécialisés. À l'heure actuelle, il ne reste qu'une dernière augmentation tarifaire à introduire. En ce qui a trait aux mesures de qualité et d'accessibilité, il demeure un solde d'environ 120 M\$ de mesures à instaurer au cours de la prochaine année, ce sur quoi la Fédération concentre ses efforts actuellement.

Les travaux actuels visant à terminer la mise en place des derniers investissements prévus aux ententes de 2007 et 2011 s'effectuent à un moment où diverses réactions et émotions s'expriment sur la place publique quant au bien-fondé des augmentations consenties aux médecins québécois. Certains attaquent les augmentations consenties au cours des dernières années, les jugeant indécentes ou non justifiées. D'autres qualifient les médecins d'égoïstes ou dénoncent le fait que les augmentations n'ont pas su améliorer les problématiques d'accessibilité du réseau de la santé ou contribuer à une augmentation des services.

Il importe de répondre à ces attaques.

Il est parfaitement normal et sain dans une société démocratique de remettre en question certaines politiques et décisions de l'État. Toutefois, il faut dénoncer les formules à l'emporte-pièce, la distorsion des faits et les conclusions hâtives de certains intervenants. Pour illustrer les mêmes excès et raccourcis auxquels on assiste aujourd'hui trop souvent dans de nombreux débats, citons celui qui a lieu actuellement autour de la Charte de la laïcité ou encore celui concernant le fameux groupe des 1 % de contribuables les plus riches qu'on cherche à affubler de tous les maux. J'entends ici me limiter et ne pas déborder dans ces derniers dossiers, mais il m'apparaît toutefois essentiel de remettre les pendules à l'heure en ce qui concerne les débats entourant la rémunération des médecins. Je vous propose donc des réponses succinctes à certaines affirmations véhiculées.

LES MÉDECINS ONT-ILS REÇU DES AUGMENTATIONS IMPORTANTES AU COURS DES DERNIÈRES ANNÉES ?

Bien sûr! Ceci est le fruit de négociations qui se sont déroulées sur une longue période avec plus d'un gouvernement, lesquels ont reconnu que l'écart de rémunération entre les médecins spécialistes québécois et leurs confrères des autres provinces était non seulement disproportionné, mais inéquitable et qu'il importait de faire un effort ponctuel afin de le réduire. Cette conclusion est le fait non seulement du précédent gouvernement libéral, mais également du gouvernement péquiste qui, au début de l'année 2003, a été le premier à reconnaître la nécessité de corriger les écarts de rémunération afin d'assurer un niveau de rémunération concurrentiel avec celui des médecins des autres provinces.

EST-CE QUE CES AUGMENTATIONS SONT INDÉCENTES ?

Aucunement. C'est plutôt l'écart de rémunération qui prévalait depuis de nombreuses années qui l'était, soit plus de 50 %. Il faut insister sur le fait que le niveau de redressement accordé aux médecins

a été déterminé non seulement en fonction de la situation de leurs confrères des autres provinces, mais également en fonction de la réalité économique de l'ensemble des travailleurs québécois ainsi que de la capacité de payer de l'État québécois.

Ainsi, les augmentations accordées aux médecins n'ont pas pour effet de les rémunérer selon la moyenne canadienne. Malgré ces augmentations, les médecins spécialistes québécois devront toujours souffrir d'un retard de plus de 10 % par rapport à la moyenne canadienne et figureront ainsi encore parmi les médecins les moins rémunérés au Canada. Toutefois, il en est ainsi également de l'ensemble des travailleurs québécois, lesquels, selon diverses études, ont un revenu moyen de 10 à 12 % inférieur à la moyenne canadienne. Par conséquent, les augmentations consenties aux médecins n'auront eu pour résultat que de corriger un écart indécent qui était de plus de 50 % auparavant pour le ramener à un niveau plus équitable et similaire à celui de l'ensemble des travailleurs québécois.

IL EST PARFAITEMENT NORMAL ET SAIN DANS UNE SOCIÉTÉ DÉMOCRATIQUE DE REMETTRE EN QUESTION CERTAINES POLITIQUES ET DÉCISIONS DE L'ÉTAT. TOUTEFOIS, IL FAUT DÉNONCER LES FORMULES À L'EMPORTE-PIÈCE, LA DISTORSION DES FAITS ET LES CONCLUSIONS HÂTIVES DE CERTAINS INTERVENANTS.

LES MÉDECINS SONT-ILS ÉGOÏSTES D'AVOIR ACCEPTÉ PAREILLE AUGMENTATION ?

Une fois de plus, la réalité de nos négociations permet de réfuter facilement ces allégations non seulement farfelues, mais insultantes. Alors que les médecins demandaient depuis 2002 une correction importante immédiate à leur rémunération afin de rectifier un écart inéquitable qui perdurait depuis de trop nombreuses années, nous avons convenu avec le Conseil du trésor et le gouvernement d'étaler sur plusieurs années le redressement accordé de façon à tenir compte de la capacité de payer de l'État québécois. Les médecins se sont donc montrés très patients. Les principales augmentations ont ainsi été reportées aux années 2008 à 2014. Alors, bien sûr, ces années ont fini par arriver ! Et les corrections tant attendues ont été mises en place. Que l'on cherche aujourd'hui à qualifier les médecins d'égoïstes alors qu'ils ont agi de façon responsable en reportant les augmentations à plus tard est assez particulier.

LES MÉDECINS ONT ACCEPTÉ DE LIER UNE PARTIE DU REDRESSEMENT QUI LEUR A ÉTÉ OCTROYÉ À LA MISE EN PLACE DE MESURES VISANT À AMÉLIORER LA QUALITÉ DES SOINS ET LEUR ACCESSIBILITÉ POUR LA POPULATION. ILS ONT AINSI ACCEPTÉ DE FAIRE CE QUE PEU D'AUTRES GROUPES ONT FAIT.

EST-CE QUE CES AUGMENTATIONS DE RÉMUNÉRATION SE FONT SANS CONTREPARTIE ?

Certains argumentent que les augmentations de rémunération n'amènent pas une amélioration du système de santé ou davantage de services aux patients. Deux réponses s'imposent à cet égard. Premièrement, l'octroi d'augmentation de rémunération ne vient habituellement pas en contrepartie d'un service additionnel. Si l'on regarde les échelles de rémunération de la fonction publique et les augmentations qui sont consenties à chaque nouvelle entente, celles-ci ont davantage pour effet de répondre à l'indexation des coûts de la vie et à la reconnaissance de l'expérience acquise par les salariés que d'engendrer l'octroi de nouveaux services. Ainsi, lorsque la rémunération horaire de centaines de milliers de travailleurs de l'État sera augmentée de 2 % le 1^{er} avril prochain, on peut dès lors prédire que tous ceux qui voudront analyser le nombre d'heures accomplies par ces travailleurs au cours de l'année suivante ne trouveront pas une augmentation du nombre d'heures travaillées !

Au même titre, lorsqu'au milieu des années 2000, le gouvernement a priorisé le dossier de l'équité salariale, le but était de corriger une iniquité subie par de nombreux employés de l'État et les augmentations consenties ne se sont pas traduites en davantage de services à la population, malgré les centaines de millions investis. La situation des médecins est similaire. Comment peut-on justifier que les médecins aient à offrir plus de services pour obtenir leurs augmentations alors que telle exigence n'est pas requise des autres groupes de travailleurs ?

Ensuite, il importe de mentionner que les médecins ont néanmoins accepté d'offrir une contrepartie. En effet, ils ont accepté de lier une partie du redressement qui leur a été octroyé à la mise en place de mesures visant à améliorer la qualité des soins et leur accessibilité pour la population. Ils ont ainsi accepté de faire ce que peu d'autres groupes ont fait. En ce qui a trait aux médecins spécialistes, les investissements faits au sujet de certaines mesures l'ont été afin de favoriser une augmentation du nombre d'interventions chirurgicales dans les milieux hospitaliers, un accroissement de l'accessibilité aux services pour des patients référés par les médecins omnipraticiens ou une meilleure contribution dans la gestion du réseau de la santé. Du côté des médecins omnipraticiens, nous savons aussi qu'une partie du redressement octroyé a été introduit par des mesures visant à augmenter le nombre de patients et l'accès à un médecin de famille.

Les médecins ont donc agi de façon responsable en offrant certaines contreparties. Des résultats préliminaires ont démontré une augmentation du nombre des interventions chirurgicales en milieu hospitalier. Pour les autres mesures, il est probablement trop tôt pour constater leur impact puisque plusieurs d'entre elles n'ont été introduites que récemment. Il n'y a pas de raison de croire que les résultats souhaités ne soient pas au rendez-vous. Toutefois, les conclusions à cet égard ne peuvent aucunement remettre en question le fait que les médecins

ont accepté d'agir de façon responsable en utilisant une partie des augmentations qui leur étaient dues d'une façon qui pouvait améliorer le système de santé.

Beaucoup d'autres questions peuvent être posées, et des réponses fournies pour démontrer que le traitement qui a été octroyé aux médecins au cours des dernières années a été justifié et équitable, et que les médecins ont agi de façon responsable. Prétendre le contraire est toujours facile lorsqu'on use de perceptions et de demi-vérités, ce qu'il faut reprocher à divers intervenants. Je persiste néanmoins à demeurer positif sur la capacité globale de l'ensemble des Québécois à bien distinguer entre les faits et les jugements non fondés. Les résultats d'un sondage Cyberpresse du 14 janvier dernier s'avèrent, à ce niveau, rassurants. Dans la foulée de la réflexion lancée par le Commissaire à la santé et au bien-être sur la rémunération des médecins québécois, on demandait si les médecins étaient trop, suffisamment ou pas assez payés. À la question, 29 % des répondants ont conclu que les médecins étaient trop payés, la grande majorité jugeant que tel n'était pas le cas.

Nous amorçons bientôt la dernière année de notre entente avec le gouvernement. Il importe d'abord de compléter la mise en place de l'ensemble des investissements qui y sont prévus, dont les sommes allouées à l'instauration de mesures visant à favoriser la qualité et l'accessibilité aux soins. Il importe également de se préparer pour la prochaine ronde de négociation. Soyons prêts.

L'assurance autonomie : projet de société ou plan marketing ?

Le 30 mai 2013, le ministre de la Santé et des Services sociaux rendait public un document de consultation intitulé *L'autonomie pour tous : Livre blanc sur la création d'une assurance autonomie*. Après des consultations particulières et des auditions publiques sur ce Livre blanc, le ministre de la Santé déposait, le 6 décembre, le projet de loi n° 67 : Loi sur l'assurance autonomie. Le gouvernement, qui souhaitait mettre en place ce programme à compter d'avril 2014, a plutôt décidé d'en reporter l'échéance en 2015 dans le but, a-t-on fait valoir à ce moment, de faire correspondre son entrée en vigueur avec le début d'une nouvelle année fiscale.

Ce projet d'assurance autonomie répond-il aux besoins de la société ? Fera-t-il une différence dans l'offre et la livraison des services ? À quel prix ?

Que connaissez-vous de ce projet ? Dans ce dossier thématique, Le Spécialiste dresse un état des lieux en vous présentant une multitude de données provenant notamment de l'Institut de la statistique du Québec, de l'Institut national de santé publique du Québec, du Vérificateur général du Québec et du Protecteur du citoyen. Des informations qui invitent à la réflexion.



PAR RICHARD-PIERRE CARON
Conseiller principal
Affaires publiques et Communications – FMSQ

L'assurance autonomie

Ce que la « société » devrait savoir !

Voici un projet qui interpelle l'ensemble de la société, ne serait-ce que du point de vue des finances publiques et des choix qui devront être faits en matière d'accessibilité aux soins et services. Il interpelle aussi les acteurs du réseau de la santé puisqu'il est implicitement question de la santé fonctionnelle de la population et des diverses pathologies qui génèrent différents types d'incapacités. On nous présente ce projet comme étant quelque chose de nouveau. Pourtant, tous les programmes-services existent déjà, mais souffrent d'un état de dysfonctionnement chronique. Serions-nous alors en présence d'un plan marketing ?

Pour ces raisons, il nous est apparu opportun de faire le point sur cette énième tentative gouvernementale d'adapter le système de santé. Pour ce faire, nous avons procédé à une imposante recherche, passant en revue les rapports, études ou données de sources diverses susceptibles d'apporter plus de profondeur à l'analyse.

Soulignons que nous avons déjà traité de la question du vieillissement de la population en lien avec les coûts de santé. Ce dossier, à relire, a été publié dans l'édition de mars 2011 du magazine Le Spécialiste. Le présent dossier s'inscrit donc dans une suite logique.

QU'EST-CE QU'ON ENTEND PAR PERTE D'AUTONOMIE ?

Selon la définition utilisée lors de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)*, réalisée par Statistique Canada en 2001, 2003 et 2005, dont une partie des données a servi à alimenter l'INSPQ dans ses travaux, « les problèmes de santé ou maladies identifiés (dans l'ESCC) sont les problèmes qui durent, ou qui devraient durer six mois ou plus et qui ont été diagnostiqués par un professionnel de la santé ».

Les incapacités découlant des problèmes de santé couvrent un spectre beaucoup plus large et les personnes de tous âges sont susceptibles d'être atteintes d'incapacité, limitée ou non, dans le temps. Le tableau ci-contre fait état des différents types de clientèle en perte d'autonomie et du nombre d'usagers des services à domicile pour l'année 2011-2012¹, dernière année disponible. Le Québec comptait 447 959 usagers.

SERVICES EN SOUTIEN À DOMICILE – 2011-2012

	Usagers	Interventions	Interventions/ usager
Déficience intellectuelle et TED	16 069	181 475	11,3
Déficience physique	40 873	1 362 821	33,3
Dépendances	80	247	3,1
Jeunes en difficulté	785	3 377	4,3
Perte d'autonomie liée au vieillissement	186 576	5 910 881	31,7
Santé mentale	4 433	68 661	15,5
Santé physique	67 535	862 271	12,8
Santé publique	18 334	19 289	1,1
Services généraux	113 270	869 658	7,7
Autres	4	6	1,5
Total	447 959	9 278 686	12,2

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux¹

LIVRE BLANC ET PROJET DE LOI N° 67

Une citation extraite du Livre blanc² résume fort bien la thèse gouvernementale qui, tout compte fait, est identique à celle que l'ancien gouvernement exploitait déjà en 2006. En toile de fond : déclin de la population, vieillissement et pérennité des finances publiques.

« L'augmentation anticipée des coûts en raison du vieillissement de la population québécoise oblige à une réflexion en profondeur afin de trouver les sources additionnelles de financement requises pour répondre à la croissance de la demande tout en maintenant un niveau de services acceptable et pour éviter de reporter les coûts sur les générations futures. »

LES INCAPACITÉS DÉCOULANT DES PROBLÈMES DE SANTÉ COUVRENT UN SPECTRE BEAUCOUP PLUS LARGE ET LES PERSONNES DE TOUS ÂGES SONT SUSCEPTIBLES D'ÊTRE ATTEINTES D'INCAPACITÉ, LIMITÉE OU NON, DANS LE TEMPS.

Pour le bénéfice des lecteurs, les références générales sont indiquées dans le magazine ; les références complètes sont disponibles dans la version électronique du magazine sur le portail de la FMSQ (fmsq.org). Également, dans le contexte de ce dossier, certains passages ont été mis en évidence pour attirer l'attention du lecteur.

L'assurance autonomie : projet de société ou plan marketing ?

D'entrée de jeu, on affirme que d'ici quelques années les sommes que l'on injecte collectivement dans le réseau de la santé et des services sociaux ne suffiront pas à répondre à la demande.

Le Livre blanc, comme le projet de loi, invoque le fait que l'on doit répondre adéquatement aux besoins de toutes les personnes souffrant d'incapacité. **On vise les personnes âgées d'au moins 18 ans et plus qui présentent « des incapacités significatives et persistantes en raison d'une maladie chronique, d'une déficience physique ou intellectuelle ou d'un trouble envahissant du développement ».** Il s'agit donc d'une politique dont la finalité première vise à endiguer les effets potentiellement dévastateurs qu'aura, présume-t-on, l'importante cohorte des baby-boomers, vieillissante, sur les coûts de santé.

Le gouvernement souhaite permettre aux futurs aînés de préserver leur autonomie et de demeurer le plus longtemps possible dans leur milieu de vie. Il espère ainsi faire diminuer les coûts du système, présumant qu'il en coûte moins cher d'opter pour la livraison de soins et de services à domicile que de recourir aux installations publiques. Pour ce faire, l'offre de services du système de santé doit donc être revue et adaptée.

POUR LE GOUVERNEMENT, LA SOLUTION PASSE PAR LA CRÉATION D'UNE CAISSE AUTONOMIE, ASSIMILABLE À UNE ASSURANCE, QUI SERVIRA À DÉFRAYER LES COÛTS DES SOINS ET DES SERVICES PROFESSIONNELS (SOINS INFIRMIERS, NUTRITIONNISTE, RÉADAPTATION, SERVICES PSYCHOSOCIAUX), L'ASSISTANCE AUX ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE (AVQ - SE LAVER, S'HABILLER, MANGER) ET L'AIDE AUX ACTIVITÉS COURANTES DE LA VIE DOMESTIQUE (MÉNAGE, PRÉPARATION DES REPAS, COURSES, ETC.).

Partant, le Livre blanc utilise une série de projections destinées à illustrer l'urgence de la situation. **On y affirme que d'ici 2031 le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus augmentera de plus de 80 %.** Plus spécifiquement, à partir de 2026, l'effectif des 85 ans et plus comptera 16 000 personnes de plus par année. Soulignons que la croissance actuelle annuelle moyenne de ce groupe est de 6 000 personnes.

La problématique soulevée par la prévalence des incapacités est illustrée à l'aide des données extraites de l'Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement (EQLAV)³, réalisée par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) en 2010-2011 (voir détails en page 22). Ces données servent à estimer les besoins futurs de la population en matière de services de longue durée.

Voici ce que le Livre blanc retient au sujet de l'EQLAV : « Cette enquête à autodéclaration indique que **12,8 % des Québécoises et 8,7 % des Québécois de 15 ans et plus vivant à domicile et hors institution présentent une incapacité modérée ou grave**, c'est-à-dire un niveau fonctionnel restreint et qui limite ou empêche l'accomplissement de certaines ou de nombreuses activités.

« On considère que le taux d'incapacité, qu'il s'agisse du nombre de personnes qui sont atteintes d'une incapacité ou de l'intensité de l'incapacité, s'accroît avec l'âge. **Ainsi, 7,3 % des personnes de 15 à 64 ans ont une incapacité qualifiée de modérée et grave, un taux qui se situe à 26,1 % chez les 65 ans et plus. Selon l'EQLAV, le taux atteint même 59,1 % chez les 85 ans et plus.** Ce sont environ 480 000 personnes de 15 ans et plus vivant à domicile qui ont une incapacité modérée limitant l'accomplissement de certaines activités et environ 230 000 personnes qui ont une incapacité grave, c'est-à-dire empêchant l'accomplissement d'un grand nombre d'activités.

« **On peut estimer à environ 725 000 le nombre de personnes ayant une incapacité qui présentent des besoins pouvant nécessiter des soins et des services professionnels, de l'aide et de l'assistance dispensés à domicile et hors institution.** Compte tenu du vieillissement de la population, il faut prévoir une augmentation relativement importante de ce groupe de population et accorder une attention tout à fait particulière aux services de longue durée à leur intention. »

Le Livre blanc dresse un portrait sommaire des **dépenses consacrées au financement des programmes en longue durée, qui étaient de l'ordre de 4,3 milliards de dollars en 2011-2012**, dernière année disponible. Cette enveloppe se décortique comme suit : 2,9 milliards de dollars étaient alloués pour le PROGRAMME SOUTIEN À L'AUTONOMIE DES

PERSONNES ÂGÉES (CHSLD, ressources intermédiaires, services à domicile et autres services), 869 millions de dollars pour le PROGRAMME DÉFICIENCE INTELLECTUELLE (DI) ET TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT (TED), et 555 millions de dollars pour le PROGRAMME DÉFICIENCE PHYSIQUE.

Au fait, est-ce une caisse ou une assurance ?

Quel est le bon terme à employer ? Difficile de trancher puisque les deux termes sont utilisés de manière concomitante par le gouvernement. Pourtant, ce n'est ni une caisse, ni une assurance.

En France, on a choisi le vocable Caisse Nationale de Solidarité et d'Autonomie (CNSA). Visitez le portail de la FMSQ à fmsq.org pour en savoir plus.

Selon des projections établies au titre des besoins de financement additionnels induits par ce nouveau programme, on mentionne que : « Pour les quatre premières années, de l'année financière 2014-2015 jusqu'en 2017-2018, l'assurance autonomie adopte le cadre financier actuel [...]. À partir de 2017-2018, il faudra donc soit une réinjection financière à chaque cycle budgétaire ou capitaliser la caisse dès maintenant pour la doter des sommes nécessaires pour maintenir ou bonifier les services [...], [ce qui] va exiger un ajout annuel de 120 millions de dollars à partir de 2018-2019. Pour ces 10 années, nous estimons qu'un financement représentant un montant global pouvant atteindre 1,9 milliard de dollars sera nécessaire pour supporter le coût des balises retenues. »

Le scénario gouvernemental prévoyait qu'une caisse spécifique devait être créée et que des sommes y seraient dédiées. Le projet de loi prévoit plutôt la création d'une enveloppe spécifique, le PROGRAMME CAISSE AUTONOMIE, dont les crédits seront autorisés annuellement par un vote du Parlement. En clair, ce programme fera officiellement son apparition au budget des dépenses du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), soit les crédits. Notons que sur les 49 articles que comporte le projet de loi n° 67, seulement 2 articles portent sur le financement et n'apportent aucune précision additionnelle.

Le gouvernement garde donc ouvertes toutes les options : rehaussement des tarifications actuelles, introduction de nouvelles tarifications, révision des crédits d'impôts, contribution additionnelle des usagers, nouvelles taxes dédiées, nouveaux impôts et modulation des tarifs en fonction des revenus.

Le livre blanc prévoit qu'une allocation de soutien à l'autonomie (ASA), fixée selon le revenu de la personne jugée admissible, serait attribuée sous forme d'heures de service ou d'une allocation financière pour l'achat de services, et que l'assurance autonomie serait déployée sur la base des profils ISO-SMAF (système de mesure de l'autonomie fonctionnelle), qui servent à déterminer le degré d'autonomie d'une personne. Il confirme donc l'utilisation universelle de l'outil ISO-SMAF.

En ce qui concerne l'ASA, notons qu'on ne fait que renommer un programme qui existe déjà : le PROGRAMME CHÈQUE EMPLOI SERVICE. Celui-ci relève des centres de santé et de services sociaux (CSSS), mission CLSC, et est intégré au budget global pour les services de soutien à domicile. Le paiement de la prestation de services est versé par le Centre de traitement du chèque emploi service (CTCES).

Le projet de loi prévoit que l'ASA pourra être versée pour les soins et services professionnels de base, les services d'assistance aux activités de la vie quotidienne, les services d'aide aux activités courantes de la vie domestique, la fourniture d'aides techniques ou de petits équipements et pour les services visant à assurer une présence auprès d'une personne admissible ou pour sa surveillance.

Le projet de loi confirme ce que le Livre blanc annonçait déjà : ce sont les instances locales (comprendre les CSSS) qui seront responsables de la mise en œuvre du régime à l'égard de leur population respective. L'instance locale devra en outre prévoir, dans son plan d'organisation, la structure organisationnelle chargée de sa mise en œuvre. Cette responsabilité sera toutefois partagée avec l'agence puisque c'est à celle-ci qu'échoira le mandat d'évaluer et de reconnaître les prestataires de services sur son territoire, en l'occurrence les entreprises d'économie sociale, les organismes communautaires ou les personnes physiques. Cette reconnaissance serait octroyée pour une période de trois ans, renouvelable pour une même période. Les prestataires de services seront par ailleurs tenus de conclure des ententes administratives avec l'instance locale.

Un mot sur l'utilisation du Profil ISO-SMAF^{MD}

ISO-SMAF (pour système de mesure de l'autonomie fonctionnelle) a été développé par Réjean Hébert et une équipe de recherche de Sherbrooke. Cet outil d'évaluation des incapacités et des besoins détermine des profils et le niveau de services potentiel dont pourrait avoir besoin une personne. Puisque tant le Livre blanc que le projet de loi consacrent l'utilisation de cet outil, il est bon de rappeler les commentaires du Protecteur du citoyen à son égard... (voir en page 30).

Étrange!

Tous les aspects fondamentaux de nature opérationnelle et fonctionnelle liés au déploiement et à la mise en œuvre de ce nouveau programme seront déterminés ultérieurement par règlements :

- Les modalités d'évaluation et de classification de l'autonomie fonctionnelle d'une personne et les exigences relatives aux qualifications des personnes habilitées à faire cette évaluation et cette classification ;
- La fourniture d'aides techniques ou de petits équipements ;
- Le type et l'intensité des services de soutien, d'accompagnement et de formation ;
- Les renseignements ou les documents à fournir pour l'obtention de l'ASA ;
- Les paramètres permettant de moduler l'ASA ;
- Le mode et les règles de calcul de l'ASA ;
- La détermination des sommes selon le profil et le type de besoin ;

LES BABY-BOOMERS...

Ce programme, même s'il s'adresse à tous les types de clientèles, vise particulièrement les futurs aînés, donc les baby-boomers. Cette importante cohorte, qui forme un renflement dans la pyramide des âges au Québec, fait craindre le pire. Mais qui sont-ils au juste ? Est-ce que les craintes sont réellement fondées ?

SELON L'ISQ, LES PERSONNES NÉES ENTRE 1946 ET 1966 COMPOSENT LA GÉNÉRATION DU BABY-BOOM. SUR LA BASE DU CRITÈRE DU NOMBRE DE NAISSANCES « CHOISI » PAR L'ISQ, POUR 2012, LA COHORTE DU BABY-BOOM ENGLOBAIT DONC 2 431 854 PERSONNES.

Faire courir la génération boom sur 20 ans, comme le fait l'ISQ, laisse dubitatif... avec les effets que l'on suppose sur les prévisions. **Les personnes nées entre 1960 et 1966 doivent-elles être assimilées à la génération des baby-boomers ?** Quelque 889 052 personnes⁴ sont associées à cette cohorte (selon la donnée de 2012).

Nous avons demandé à l'ISQ quel critère avait été utilisé pour fixer les deux marqueurs temporels que sont les années 1946 et 1966. On nous a indiqué que ceux-ci correspondent à la période où le Québec enregistrait plus de 110 000 naissances par année. Mais pourquoi donc 110 000 ? Pourquoi pas 115 000 ou même 120 000 ? **« Il n'y a pas de critère officiel définissant le baby-boom et plusieurs définitions coexistent, débutant généralement autour de la fin de la 2^e Guerre mondiale et se terminant 15, 20 ou 25 ans plus tard »,** nous a-t-on spécifié.

- Les modalités de paiement de l'allocation à un prestataire de services ;
- Les conditions de reconnaissance d'un prestataire de services par l'agence ;
- Les conditions de renouvellement, de suspension ou de révocation de la reconnaissance d'un prestataire par l'agence ;
- Les conditions visant la reconnaissance d'une personne physique à titre de prestataire de services ;
- Les conditions auxquelles doivent satisfaire les prestataires de services (formation, sécurité, documents à fournir, etc.) ;
- Les services que peut offrir un prestataire en fonction du type d'incapacité que présente une personne admissible ;
- Le contenu de l'entente de service à conclure entre la personne admissible et le prestataire de services.

...OUI, MAIS

L'ISQ aurait pu utiliser un autre critère comme marqueur temporel : le taux de natalité. Par exemple, si l'ISQ avait plutôt choisi d'utiliser un taux de natalité supérieur à 28,0 pour 1 000 habitants, l'impact en termes d'effectifs aurait été fort différent. Le baby-boom débiterait plus tôt, c'est-à-dire en 1942 – moment où le taux de natalité pour 1 000 atteint à nouveau ce cap pour la première fois depuis 1932, et il prendrait fin en 1959, dernière année où le taux se situe à 28,8. Il retombe à 27,5 en 1960 et dégringole par la suite. **Sur la base de ce critère, la cohorte du baby-boom engloberait plutôt 1 848 100 personnes en date du 1^{er} juillet 2013 ; un différentiel appréciable de 583 754 personnes de moins par rapport à la méthode retenue par l'ISQ.**

L'utilisation du nombre de naissances en lieu et place du taux de natalité a pour effet de gonfler les effectifs du baby-boom. Ce faisant, on amplifie les effets du vieillissement de la population. **L'ISQ estime, qu'en 2031, 2 262 639 personnes seront âgées de 65 ans et plus.** Ce chiffre est repris dans le Livre blanc.

Pour réflexion

Selon l'ISQ, 68 % des baby-boomers détiennent au moins un certificat d'études secondaires ou l'équivalent. Il est reconnu et largement démontré, notamment par l'OCDE⁵, que le niveau de scolarisation joue un rôle déterminant dans le développement social et économique d'une population. Le niveau d'éducation conditionne positivement les déterminants de la santé.

Après avoir quitté le marché du travail, les personnes âgées de 65 ans et plus continuent de payer des taxes et des impôts, tout en contribuant au financement du système de santé par le biais des tarifications applicables. Sans même songer aux autres types d'actifs, le seul décaissement progressif des régimes enregistrés d'épargne-retraite (REER) – qui totalisaient 155 milliards de dollars au 31 décembre 2011, constituera une source importante et progressive de revenus futurs pour le gouvernement. Cette source de revenus, pourtant garantis, n'apparaît nulle part dans les prévisions du gouvernement.

Pour les personnes nées le ou après le 1^{er} février 1962, considérées ici comme baby-boomers, le fédéral a repoussé l'âge de retraite à 67 ans. Le gouvernement encaissera donc deux années de pleines contributions fiscales additionnelles. Compte tenu de l'importance de la cohorte, les sommes en jeu sont non négligeables.



INCAPACITÉS, PRÉVALENCE DES PATHOLOGIES, SANTÉ FONCTIONNELLE ET SOINS DE LONGUE DURÉE

Qui parle de perte d'autonomie doit nécessairement se référer aux divers états de santé qui engendrent les incapacités nécessitant des soins ou des services selon des intensités à géométrie ultra variable. En 2010, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)⁶ aborde la question du vieillissement et des besoins futurs en soins de longue durée au Québec dans son étude intitulée *Vieillessement de la population, état fonctionnel des personnes âgées et besoins futurs en soins de longue durée au Québec*.

Selon l'INSPQ, « les principaux problèmes de santé que l'on retrouve dans la population québécoise de 65 ans et plus sont par ordre d'importance l'hypertension, l'arthrite et le rhumatisme, les maladies cardiaques, les cataractes, le diabète et les maux de dos. On remarque également que la prévalence est plus élevée chez les personnes ayant besoin d'aide pour les AVQ que chez les autres. Enfin, l'on peut voir que la très grande majorité des personnes de 65 ans et plus ayant besoin d'aide pour les AVQ présente au moins un problème de santé

et que les deux tiers souffrent d'au moins trois problèmes de santé chroniques. Il est à noter que l'ESCC n'inclut pas les problèmes de santé mentale dans sa définition des maladies chroniques [...].

« Le pourcentage de personnes ayant besoin de soins de longue durée augmente avec l'âge, il se situe entre 4 % et 11 % chez les personnes de 65-74 ans et entre 22 % et 33 % chez celles de 75 ans et plus. [...] les besoins sont proportionnellement plus élevés chez les femmes (entre 15 % et 26 %) que chez les hommes (9 % et 16 %) tant en institution qu'en ménages privés. [...] Enfin, la proportion des personnes de 65 ans et plus ayant des besoins de soins de longue durée se situerait entre 15 % et 24 % ».

Les projections démographiques effectuées par l'INSPQ concernent la période de 2011 à 2041. On fait l'hypothèse que les pourcentages de personnes en institution, celles ayant besoin d'AVQ, souffrant d'incapacité sévère ou très sévère ou ayant souvent des difficultés avec les AVQ, selon l'âge (65-74 ans et 75 ans et plus) et le sexe, demeureront stables dans le temps.



L'EQLAV

En 2013, l'ISQ traite de la question des limitations d'activités et des maladies chroniques en lien avec le vieillissement. Il s'agit de l'*Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011* (EQLAV)³, réalisée pour le compte du MSSS.

FAITS SAILLANTS

- Les résultats obtenus à partir de cet indice montrent qu'au sein de la population visée âgée de 15 ans et plus, l'incapacité modérée ou grave touche plus d'une personne sur 10 (pour environ 7 % des personnes, l'incapacité est modérée; et pour 3,5 %, elle est grave). Un peu plus de 2 personnes sur 10 font partie des cas d'incapacité légère. Les taux d'incapacité modérée et d'incapacité grave sont plus élevés chez les femmes, et ils augmentent de manière significative d'un groupe d'âge à l'autre. Chez la population âgée de 85 ans et plus, ces taux sont estimés à une personne sur quatre (27 %) et une personne sur trois (32 %), respectivement.
- Parmi les maladies chroniques faisant l'objet d'une surveillance particulière de la part du MSSS, l'hypertension et l'arthrite (ou rhumatisme) sont les plus répandues dans la population visée (17 % et 16 %, respectivement). L'arthrite, la bronchite chronique (ou MPOC) et l'hypertension sont davantage déclarées par les femmes, tandis que le diabète et les maladies cardiaques sont plus présents chez les hommes. Les prévalences de ces cinq problèmes de santé s'accroissent d'un groupe d'âge à l'autre entre 15 et 64 ans. Au-delà, les différences ne sont pas toujours significatives.
- Près d'une personne sur trois (32 %) déclare au moins un des cinq problèmes de santé de longue durée examinés. Cette proportion est plus élevée chez les femmes que chez les hommes et elle augmente significativement d'un groupe d'âge à l'autre. Soulignons que, chez les personnes âgées de 50 à 64 ans, près de la moitié mentionnent au moins un de ces problèmes. À partir de 75 ans, quatre personnes sur cinq se disent dans cette situation.
- Les personnes de 75 à 84 ans se caractérisent par un taux d'incapacité plus élevé chez les femmes que chez les hommes (67 % c. 60 %), et il en va de même dans le groupe âgé de 85 ans et plus (86 % c. 81 %).
- Environ 15 % de la population présente une incapacité liée à l'agilité. Le taux d'incapacité touchant la mobilité s'élève, quant à lui, à 13 %. Ces deux types d'incapacité ressortent comme les plus répandus dans la population visée. Les incapacités touchant les fonctions sensorielles sont aussi documentées par l'enquête. Ainsi, on estime que 7 % des personnes visées ont une incapacité liée à l'audition; 4,6 % en ont une par rapport à la vision et 1,5 %, une relative à la parole.

L'assurance autonomie : projet de société ou plan marketing ?

« En 2031, la population dont les besoins en soins de longue durée seraient offerts en institution passerait à près de 200 000 alors que celle qui recevrait des soins à domicile se situerait entre 90 000 et 292 000, ce qui correspondrait à un total de 289 000 à 491 000 personnes ayant des besoins de soins de longue durée. Enfin, en 2041, le bassin de personnes nécessitant ces services se situerait entre 351 000 et 577 000. »

On observe donc un écart de 202 000 personnes entre les indices inférieurs (289 000) et supérieurs (491 000) de la projection effectuée pour 2031. Cette « marge » représente 69,8 % de l'indice inférieur. Pour la projection de 2041, le même phénomène s'observe alors qu'un écart de 226 000 personnes sépare les indices inférieurs (351 000) et supérieurs (577 000) de la projection, ce qui correspond à 64 % de l'indice inférieur.

L'INSPQ spécifie que la liste utilisée pour établir « la prévalence des principales maladies chroniques selon le besoin ou non d'aide pour les AVQ [NDLR : activités de la vie quotidienne] [...] [découle] de l'ESCC 2000-2001. [...] des changements dans la base de sondage entre les ESCC [NDLR : enquêtes sur la santé et les collectivités canadiennes] de 2000-2001, 2003 et 2005 affectent la comparabilité des résultats dans le temps. [...]

Il est donc hasardeux de comparer les résultats ». Les projections ont donc été établies sur la base des observations effectuées il y a plus de 10 ans.

L'INSPQ ajoute : « Il est [...] impossible d'effectuer des projections pour les prochaines décennies basées sur l'évolution passée dans les proportions de personnes ayant besoin d'aide pour les AVQ, souffrant d'incapacité sévère ou très sévère ou ayant souvent de la difficulté avec les AVQ. [...] Les données évolutives couvrent une période de cinq ans, ce qui est trop court pour projeter des tendances sur une période de 25 ans. Donc, [...] nous nous limiterons seulement à des projections statistiques et nous n'effectuerons pas de projections dynamiques basées sur une variation des différents taux d'incapacité dans le temps. »

Il faut parcourir l'étude de l'INSPQ pour finalement découvrir cette phrase qui en dit pourtant long : « Pour le Québec, nous avons vu qu'il n'était pas possible d'identifier des tendances dans le temps qui nous permettraient de projeter l'évolution future de l'incapacité. »

- L'enquête permet de distinguer quatre types d'incapacité non physiques. L'incapacité liée à l'apprentissage (cela comprend les troubles de l'apprentissage, les troubles de la perception, les difficultés d'attention et l'hyperactivité) touche 4,8 % de la population visée. Environ 5 % des personnes ont une incapacité liée à la mémoire (des difficultés de mémoire ou des périodes de confusion tous les jours ou presque). La prévalence de la déficience intellectuelle (ou des troubles envahissants de développement) est pour sa part estimée à 1 %. Enfin, 4,2 % des individus présentent une incapacité de nature psychologique, c'est-à-dire qu'ils se disent limités dans le genre ou la quantité d'activités qu'ils peuvent faire (à

la maison, à l'école ou au travail, dans les autres activités), en raison de troubles émotifs, psychologiques ou psychiatriques d'une durée de six mois ou plus. Ces troubles comprennent, par exemple, les phobies, l'anxiété, la dépression, les problèmes d'alcool, de drogue ou de jeu, ou la schizophrénie.

La plupart des problèmes de santé de longue durée, et qui se soldent par des incapacités d'intensité variable selon le degré, sont des pathologies qui, lorsque prises en charge adéquatement, notamment par des suivis en première ligne et par l'adoption d'habitudes de vie appropriées, peuvent être contrôlées.

PRÉVALENCE DE CERTAINS TYPES DE PROBLÈMES DE SANTÉ DE LONGUE DURÉE¹ SELON LE SEXE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS², QUÉBEC, 2010-2011

	Hommes	Femmes	Ensemble de la population	
	%	%	%	Population estimée (en millier)
Arthrite / arthrose / rhumatisme	10,8	20,6	15,8	1 050,6
Diabète	7,4	6,2	6,8	454,4
Bronchite chronique / emphysème / MPOC ³	3,1	4,1	3,6	242,1
Hypertension	16,0	18,7	17,4	1 155,7
Maladies cardiaques	8,0	6,1	7,0	465,5
Autres ⁴	26,2	33,1	29,7	1 975,0
Au moins un des 5 types de problèmes de santé désignés	29,2	34,2	31,7	2 109,8

1. Une personne peut présenter plus d'un type de problème de santé de longue durée.

2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

3. Maladie pulmonaire obstructive chronique.

4. Ce sont les personnes déclarant des problèmes de santé de longue durée « autres » que ceux susmentionnés dans le tableau. Cela comprend, par exemple, l'ostéoporose, la dépression chronique et le cancer.

Tiré de : Institut de la statistique du Québec, Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011.

DÉBOULONNONS QUELQUES MYTHES

Certains mythes ont la vie dure et viennent « influencer » le débat dans le projet gouvernemental de la caisse autonomie.

Premier mythe : le Québec est le deuxième endroit au monde où la population vieillit le plus rapidement. Ce mythe est repris textuellement dans le message introductif du Livre blanc.

L'ISQ déconstruit cette affirmation dans son dernier bilan démographique⁴. On peut y lire ceci : « À l'échelle internationale, la part de la population de 65 ans dépasse celle du Québec dans plusieurs pays. Cette part atteint 25 % au Japon, 21 % en Allemagne et en Italie et 19 % en Suède, en Finlande, au Portugal, en Grèce et en Bulgarie (*Population Reference Bureau*, 2013). Elle est cependant un peu moindre aux États-Unis (14 %). »

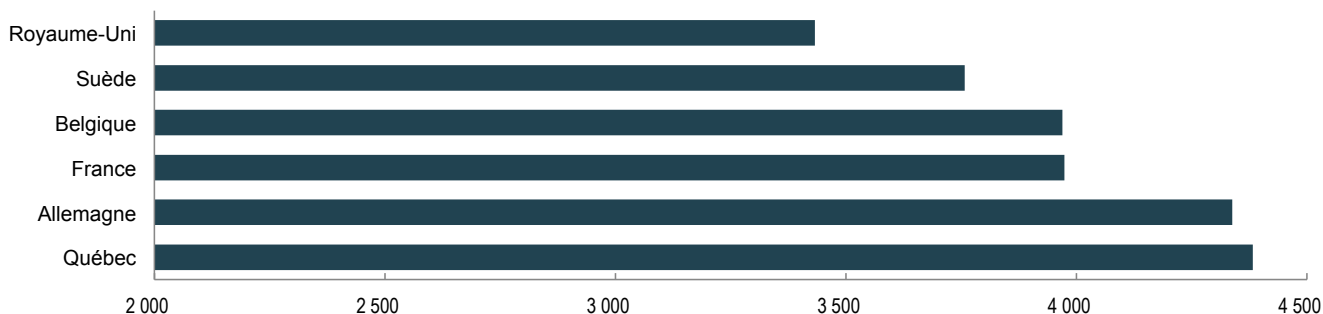
Deuxième mythe : le vieillissement de la population fera exploser les coûts en santé et exercera une pression intenable sur les finances publiques. Comme l'ont démontré plusieurs études, dont celle de l'Office fédéral de la statistique de la Suisse (OFS) en 2007 et celles de l'ICIS en 2005 et 2010, les coûts liés au vieillissement n'induisent qu'une faible variation des coûts de santé à long terme. La Suisse, dont la structure populationnelle est similaire à celle du Québec, voire légèrement plus âgée, estime sa croissance annuelle moyenne des coûts de santé à 3,4 % d'ici 2030, en tenant compte du pire scénario. Partant, le taux de croissance des dépenses en santé que connaît le Québec devrait être identique, sinon inférieur à celui de la Suisse (*Le Spécialiste*, mars 2011).

Troisième mythe : l'enjeu actuel concerne les coûts de santé. La question des incapacités et surtout les moyens envisagés pour permettre aux personnes de vivre à domicile le plus longtemps possible relèvent bien davantage du déploiement d'une offre de services à domicile que de soins à domicile. Nous sommes donc dans l'univers des services sociaux.

DES DOLLARS...

En 2012, la dépense totale en santé per capita au Québec (4 382,87 \$) est supérieure à celle de l'Allemagne (4 338 \$), de la France (3 974 \$), de la Belgique (3 969 \$), de la Suède (3 758 \$) et du Royaume-Uni (3 433 \$).

DÉPENSES DE SANTÉ PER CAPITA EN 2012⁷



Serait-il possible d'utiliser à meilleur escient les sommes que nous injectons déjà au titre des services sociaux puisque le sujet qui nous occupe relève de la mission des services sociaux ?

Bien qu'arides et passablement hermétiques, les crédits du ministère de la Santé et des Services sociaux fournissent des informations de première main qu'il suffit de réconcilier entre elles pour obtenir un portrait probant de la situation. Les données présentées dans la présente section proviennent toutes de cahiers déposés dans le cadre de l'étude des crédits du ministère de la Santé et des Services sociaux⁸.

Pour obtenir le portrait réel des sommes consacrées à la santé et aux services sociaux, il faut ajouter les dépenses assumées par les usagers au titre des diverses tarifications, celles provenant

d'autres sources ainsi que les sommes qui transitent par le Fonds de financement des établissements de santé et de services sociaux (FINESSS).

Ces sommes combinées représentent plus de 4 milliards de dollars. Ainsi, selon les comptes de la santé, la dépense publique totale probable se situe plutôt à 35,3 milliards de dollars pour 2012-2013⁹.

En 2011-2012, derniers chiffres disponibles, sur une enveloppe de 29,9 milliards de dollars inscrits aux crédits, les dépenses de programmes associables au volet SANTÉ ont été de l'ordre de 19,2 milliards de dollars. À la lumière des informations disponibles, le Québec aurait donc consacré près de 10,8 milliards de dollars pour le volet SERVICES SOCIAUX.

L'assurance autonomie : projet de société ou plan marketing ?

En 2011-2012, le Québec a dépensé près de 2,9 milliards de dollars pour le PROGRAMME SOUTIEN À L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES et plus que cette somme pour le PROGRAMME ADMINISTRATION ET SOUTIEN AUX SERVICES. Par comparaison, quelque 868,6 millions de dollars l'ont été pour le PROGRAMME DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT et 555,3 millions de dollars pour le PROGRAMME DÉFICIENCE PHYSIQUE.

En 2011-2012, les coûts liés à l'administration étaient de l'ordre de 89,2 millions de dollars pour le ministère même, 98,5 millions de dollars pour les agences, 620,1 millions de dollars pour les CSSS, 679,1 millions de dollars pour les établissements hors CSSS et 97,6 millions de dollars pour les centres jeunesse. Total : 1,6 milliard de dollars.

AU 31 MARS 2013, LA DETTE TOTALE À LONG TERME DES ÉTABLISSEMENTS DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ÉQUIVALENT À 8,3 MILLIARDS DE DOLLARS. EN 2013-2014, QUELQUE 889,2 MILLIONS DE DOLLARS SERONT PUISÉS À MÊME LE BUDGET DU MSSS POUR PAYER LE SERVICE DE LA DETTE (C'EST-À-DIRE LES DETTES ASSUMÉES PAR LE MINISTÈRE POUR LES ÉTABLISSEMENTS), QUI A CRU DE 37,7 % DEPUIS LE 31 MARS 2010. À TITRE COMPARATIF, CE QUI SORT DES COFFRES POUR PAYER CAPITAL ET INTÉRÊTS COURUS SUR LA DETTE EST PLUS IMPORTANT QUE CE QUI EST DÉPENSÉ POUR LES PROGRAMMES DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT OU DÉFICIENCE PHYSIQUE.

...ET DES SERVICES

Du côté des services dispensés par les CLSC, dont les services à domicile, le nombre d'utilisateurs différents, toutes clientèles confondues, s'est accru de 12 % entre 2005-2006 et 2011-2012. On compte 35 469 usagers différents de plus en 2011-2012 qu'en 2005-2006. Au cours de la même période, le nombre d'interventions par usager différent est passé de 23,21 à 27,99, soit 4,77 interventions de plus par usager.

En 2012, selon le Vérificateur général du Québec, la province comptait 1 300 916 personnes âgées de 65 ans et plus. Quelque 185 918 personnes âgées de 65 ans et plus bénéficiaient de services à domicile, soit 14,2 % de la cohorte des 65 ans et plus.

Pour l'année 2010-2011, quelque 550,4 millions de dollars ont été consacrés aux services à domicile pour la perte d'autonomie. La donnée n'est pas disponible pour 2011-2012. Par rapport à 2007-2008, cette enveloppe a été majorée de 134,9 millions de dollars, l'équivalent de 32,4 %.

En 2011-2012, 9 427 personnes âgées de 65 ans et plus bénéficiaient de services en ressources intermédiaires de type familial (RI-RTF) et 34 122 étaient hébergées en CHSLD.

Au 31 mars 2012, 9 356 personnes étaient inscrites au PROGRAMME CHÈQUE EMPLOI SERVICE et 16 509 employés étaient inscrits. Les bénéficiaires du programme se répartissaient comme suit : déficience physique (60 %) ; déficience intellectuelle et TED (11 %) ; autres (5 %). Le nombre de bénéficiaires ainsi que le nombre d'employés inscrits ont diminué depuis le 31 mars 2010, alors qu'on dénombrait 9 728 bénéficiaires et 17 012 employés.

LES CSSS : UNE ENTITÉ ADMINISTRATIVE À PART ENTIÈRE

Comme nous l'avons vu précédemment, ce sont les CSSS qui seront responsables de la livraison des services découlant de la caisse autonomie.

Selon la définition apparaissant au plan stratégique 2010-2015 du MSSS¹⁰, les CSSS sont des établissements au même titre que les centres hospitaliers (CH), les centres de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ), les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et les centres de réadaptation (CR) desservant les jeunes et les mères en difficulté, les personnes atteintes d'une déficience physique, d'une déficience intellectuelle, d'un trouble envahissant du développement ou d'une toxicomanie.

En sus des autres établissements, chaque CSSS possède sa propre structure organisationnelle (conseil d'administration, direction générale, directions sectorielles, comités, ressources humaines) et dispose d'un budget de fonctionnement qui lui est propre.

Dans son Livre blanc sur la création d'une assurance autonomie, le gouvernement indique clairement que c'est aux CSSS qu'incomberait la responsabilité d'assurer l'évaluation des personnes, d'élaborer les plans de services et d'assurer la qualité des différents services.

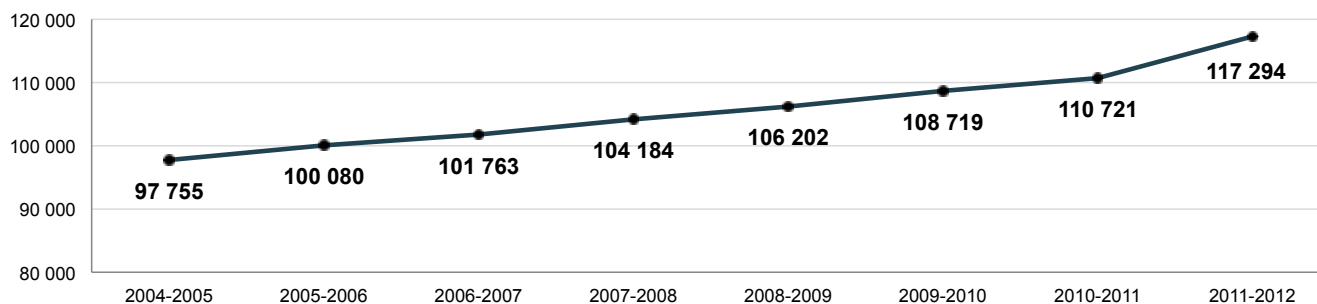
Le budget 2012-2013, mis à jour au 10 janvier 2013, indique que les CSSS disposent d'une enveloppe de 9 768 millions de dollars¹¹ qui servent à défrayer les coûts afférents aux différents programmes services et à la main-d'œuvre.

Au 31 mars 2012, les centres de santé et de services sociaux comptaient 141 251 personnes en emploi ou 117 294 équivalents temps complet (ETC). Mis en rapport avec la population totale du Québec, on comptait 1 personne à l'emploi d'un CSSS pour 56 Québécois. En utilisant le nombre d'ETC, on obtient un ratio de 1 pour 67,7.

Plus spécifiquement, le personnel se décline selon les catégories suivantes : soins infirmiers et cardiorespiratoires ; paratechnique, services auxiliaires et métiers ; bureau ; techniciens et professionnels de l'administration ; techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux ; personnel « non visé par la Loi 30 », et encadrement.

Si l'accès aux différents services diminue constamment, ce n'est pas en raison d'une diminution des effectifs. On compte globalement plus de personnes à l'emploi en 2012 que l'on en trouvait en 2005 dans le réseau de la santé et des services sociaux. C'est notamment le cas pour les CSSS qui comptent 22 776 personnes de plus en emploi qu'en 2005 (19,2 %), ou 19 539 ETC (20,0 %) toutes catégories confondues. Il faut d'ailleurs souligner le fait que 74,6 % de la croissance totale des emplois du réseau s'est effectuée du côté des CSSS.

ÉVOLUTION DES EFFECTIFS DES CSSS



Entre 2004-2005 et 2011-2012, les effectifs des CSSS ont augmenté de 20 %, soit de 19 539 ETC¹².

Les CSSS rendaient 55 % des services, le reste étant assumé par d'autres fournisseurs, dont les entreprises d'économie sociale. La moyenne annuelle des heures de services rendus par les professionnels était de 6,6 heures alors que le nombre moyen annuel d'heures était de 79 heures du côté de l'aide à domicile. Enfin, la dépense annuelle par personne se situait en moyenne à 460 \$.

La création d'une caisse ou d'une assurance autonomie permettra-t-elle de combler des besoins actuellement non couverts ? On peut en douter. Tous les programmes dédiés aux diverses clientèles, incluant les personnes âgées en perte d'autonomie, existent déjà. Ils sont malheureusement dysfonctionnels comme le démontrent les rapports du Vérificateur général du Québec et du Protecteur du citoyen.



LES RAPPORTS DU VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC

On se serait attendu à ce qu'un débat de fond ait lieu quant à la situation qui prévaut en matière de financement des divers programmes existants et de desserte des diverses clientèles, d'autant que les rapports produits par le Vérificateur général du Québec (VGQ) font état de problématiques qui ne sont jamais résolues. Plusieurs de ces rapports portent sur l'optimisation des ressources dans le réseau de la santé et des services sociaux. Le VGQ scrute différents aspects liés à la dispensation des services. **Trois rapports produits au cours des dernières années**

ont particulièrement attiré notre attention, car ils traitent de problématiques en lien direct avec les services visés par la caisse autonomie : les services à domicile, les services d'hébergement et les services concernant la déficience intellectuelle et les troubles envahissants du développement. Voici, en rafale, des extraits de ces rapports :^{13, 14, 15}

LES SERVICES À DOMICILE

- « Actuellement, 54 % des fonds destinés aux services à domicile sont alloués aux services professionnels. Par ailleurs, 79 % des heures de services qui sont effectuées à domicile sont consacrées aux services d'aide à domicile. »
- « L'offre de services à domicile varie en intensité d'un CSSS vérifié à l'autre. Dans chacun d'eux, les liens entre les services fournis et les besoins de l'utilisateur ne sont pas démontrés. D'ailleurs, selon des intervenants et des gestionnaires rencontrés, les services rendus aux personnes âgées sont parfois insuffisants, mais aucune analyse ne permet d'évaluer dans quelle mesure ils le sont. »
- « Selon les bases de données du MSSS, le nombre d'heures de services rendus par personne âgée pour l'aide à domicile est en moyenne de 54 heures par année dans la région de l'Outaouais, de 96,4 heures dans celle de Montréal et de 101,6 heures dans celle de Lanaudière. À l'échelle de la province, ce nombre varie également : par exemple, une région n'alloue que 33 heures par usager. »

L'assurance autonomie : projet de société ou plan marketing ?

- « [...] aucune information n'est disponible quant au nombre d'heures que les employés engagés de gré à gré ont consacrées à chaque usager. Seule une liste indiquant les heures de services allouées aux usagers et les sommes payées aux employés a été établie. **Les statistiques sont globales et ne donnent aucune information par usager. Selon cette liste, seulement 42 % des usagers à qui des heures de services ont été accordées par le CSSS ont effectivement reçu des services. De plus, seulement 86 % des sommes qui ont été allouées aux usagers ont réellement été versées à ces employés.** En l'absence d'information additionnelle, on peut se demander si les personnes âgées ont réellement bénéficié des services qui leur avaient été offerts. »
 - Malgré le lancement d'un projet allant en ce sens en 2006, **« il n'existe pas de dossiers informatisés par usager que tous les intervenants pourraient consulter afin de suivre l'ensemble des services rendus.** Par ailleurs, les CSSS effectuent très peu de contrôles pour vérifier la fiabilité de l'information qui provient de la principale base de données utilisée pour les services à domicile. »
 - **« Afin de mesurer l'évolution des services à domicile de façon continue, le MSSS suit plusieurs indicateurs de gestion [...].** Toutefois, ces indicateurs ne permettent pas de s'assurer que les personnes âgées en perte d'autonomie reçoivent, en temps opportun et de façon équitable, des services sécuritaires et de qualité qui répondent à leurs besoins. De plus, ils ne servent pas à évaluer la performance des services à domicile. »
 - **« Bien que les CSSS soient responsables d'assurer la qualité de ces services selon la politique de soutien à domicile, seules quelques mesures sont prévues pour évaluer ceux offerts par les entreprises d'économie sociale. »**
 - **« La proportion des heures que les professionnels passent au domicile de l'utilisateur est très variable d'un CSSS à l'autre.** Elle est parfois peu importante par rapport au pourcentage des heures passées au bureau. Par exemple, à l'échelle de la province, cette proportion peut varier de 17 à 43 % pour les soins infirmiers et de 3 à 55 % pour les services d'ergothérapie. »
 - **« [...] peu d'heures de services professionnels sont effectuées à domicile et [...] le nombre d'heures varie grandement d'une catégorie d'employés à l'autre. On peut se questionner sur la nature et l'organisation du travail qui causent ces différences ainsi que sur les cibles établies.** Même une faible augmentation du pourcentage des heures passées à domicile permettrait des gains notables en ce qui concerne les services directs aux usagers. Par exemple, en 2011-2012, **si tous les établissements qui n'atteignaient pas la moyenne provinciale quant au pourcentage d'heures de services effectuées à domicile l'avaient atteinte pour chaque**
- type de services, des gains de plus de 328 000 heures de services directs aux usagers auraient été observés, soit une augmentation de 18 % des heures totales annuelles passées à domicile. »**
- **« En 2006, le gouvernement a lancé un projet pour informatiser les réseaux de services intégrés aux personnes âgées.** La première livraison du système d'information RSIPA, qui a été effectuée en septembre 2009, comprenait un outil pour repérer les usagers, l'outil d'évaluation multiclientèle informatisé et une fonction servant à déterminer le profil d'autonomie d'un usager (profils ISO-SMAF). Toutefois, cette livraison ne permettait de transmettre de l'information qu'à l'intérieur d'un établissement. Les livraisons subséquentes devaient permettre aux intervenants de communiquer également avec les autres établissements, avec les groupes de médecine de famille et avec l'ensemble du réseau. Or, ces livraisons ont été suspendues en 2009. **Les établissements de santé se retrouvent donc avec un projet inachevé et une plateforme informatique incomplète. »**
 - **« Les professionnels et les gestionnaires n'ont pas de portrait de l'ensemble des services rendus par usager puisque les différents systèmes d'information n'interagissent pas entre eux.** De plus, certaines données sont consignées sur support papier et ne sont pas toujours numérisées. Afin d'obtenir tous les renseignements sur les services qu'un usager reçoit, un archiviste doit faire des extractions de données dans différents systèmes. »
 - **« [...] le ministère n'a pas évalué le coût de mise en œuvre des orientations énoncées dans sa politique de soutien à domicile.** De plus, il n'a pu nous fournir d'analyse concernant les fonds qui seront nécessaires au cours des prochaines années pour financer les services à domicile en fonction de la croissance prévue de la population âgée. »
- ## LES SERVICES D'HÉBERGEMENT
- **« Le ministère, les agences et les CSSS vérifiés ne disposent pas de toute l'information requise pour effectuer une gestion efficace des ressources d'hébergement.** En fait, ils n'ont pas de portrait à jour ni des personnes âgées en perte d'autonomie, qui inclut leur profil d'autonomie et leurs besoins, ni des services offerts par les établissements, ni de l'accès aux ressources d'hébergement. »
 - **« À moins de consulter le dossier clinique de chacun des usagers, il n'y a aucune information à jour sur le profil d'autonomie de l'ensemble de la clientèle hébergée.** Cette information serait notamment utile à des fins d'allocation budgétaire et de planification des ressources. Ainsi, selon les travaux effectués à partir des données ministérielles, 27,7 % des usagers hébergés à Montréal et 25,2 % dans la Capitale-Nationale ont des évaluations qui datent de plus de cinq ans. Pour les autres types d'hébergement, l'information n'est pas recensée. »

- « Puisque les agences ne connaissent pas les ressources financières requises pour répondre aux besoins des usagers et le budget alloué à chaque installation, ils [sic] ignorent dans quelle mesure les sommes attribuées aux CHSLD permettent de satisfaire aux besoins des personnes hébergées. »
- « Des économies importantes auraient pu être réalisées si les personnes admises en CHSLD, mais n'ayant pas le profil souhaité [...], avaient été orientées vers une ressource intermédiaire. » Entre octobre 2010 et 2011, 827 personnes (29,4 % des personnes) ont été admises dans un CHSLD des régions de la Capitale-Nationale et de Montréal sans qu'elles aient le profil souhaité.
- « Le nombre de jours-présence dans les hôpitaux par les personnes âgées en attente d'une place d'hébergement a augmenté de 21 % de 2006-2007 à 2009-2010 pour l'ensemble de la province. » En 2009-2010, le nombre de jours-présence était de 406 575. Au coût moyen estimé par jour pour un lit de courte durée, soit 1 056 \$, cette mauvaise utilisation des ressources a engendré des dépenses inutiles de plus de 429 millions de dollars pour la seule année 2009-2010.
- « [...] pour une personne requérant des services dont le coût dépasse de 1 000 dollars le seuil fixé, le CSSS mettra fin au service de soutien à domicile et orientera la personne vers une ressource d'hébergement. Les frais supplémentaires ne seront plus de 1 000 dollars par an pour le gouvernement, mais de 12 335 dollars si la personne est orientée vers une ressource intermédiaire et de 36 853 dollars si elle est hébergée en CHSLD. »
- « [...] **le MSSS et les agences vérifiées ne font pas d'analyse financière et ne comparent pas la performance des CHSLD. Ces entités, ainsi que les CSSS vérifiés, ne calculent pas le coût d'une place par CHSLD. En fait, depuis la création des CSSS en 2004, l'information financière par installation est difficilement accessible.** »
- « Les variations de coûts sont importantes [...], tant entre les divers types de ressources qu'à l'intérieur d'une même catégorie. Pour la clientèle en lourde perte d'autonomie hébergée en CHSLD, des variations de plus de 79 % (41 571 et 74 723 dollars) existent entre le coût net le moins élevé et celui le plus élevé. Pour la clientèle en perte d'autonomie modérée des ressources intermédiaires et des projets novateurs visités, ces variations sont plutôt de l'ordre de 116 % (14 722 et 31 834 dollars). »
- « **Outre l'indexation annuelle, la contribution demandée à l'usager hébergé en CHSLD ainsi que les règles servant à l'établir n'ont pas été revues depuis plus de 15 ans. En outre, le lien entre la contribution et les coûts des services n'a pas été démontré.** Le MSSS n'a pas défini clairement la notion de gîte et de couvert et n'a pu nous démontrer que les contributions exigées des personnes hébergées dans un CHSLD couvraient ces frais. »

- **Une compilation effectuée par le VGQ fait état de la contribution mensuelle des usagers hébergés en CHSLD pour l'ensemble des provinces.** Les usagers de la Nouvelle-Écosse paient le montant le plus élevé, soit 3 011 \$, un montant 80 % plus élevé que celui demandé au Québec (1 665 \$). Au Nouveau-Brunswick, la contribution mensuelle est de 2 890 \$, un montant 74 % plus élevé que celui du Québec. Enfin, en Ontario, la contribution est de 2 167 \$, un montant 30 % plus élevé que celui du Québec. **Même en tenant compte du coût de la vie – moins cher au Québec que dans le reste du Canada – et de l'écart de revenu avéré entre les ménages québécois et ceux de la majorité des autres provinces, une telle différence au titre de la contribution mensuelle laisse perplexé.**

DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TED

- « Depuis [...] 2004 [...], la prestation des services doit être assurée par les centres de santé et de services sociaux (CSSS) pour les services de première ligne (services généraux offerts à l'ensemble de la population et services spécifiques pour des clientèles vulnérables ou particulières telles que les personnes présentant une DI ou un TED). Quant aux centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement (CRDITED), ils fournissent les services de deuxième ligne (services spécialisés). »
- « **Un nombre élevé d'usagers des CRDITED vérifiés ne reçoivent pas les services dans le délai établi. Le portrait du ministère quant à l'accès aux services est très partiel; il ne tient compte que de la clientèle qui attend une première intervention, ce qui représente 37 % des personnes en attente.** »
- « **Les usagers de plus de 21 ans reçoivent peu de services des CRDITED et, lorsqu'ils en bénéficient, leur intensité varie d'une région à l'autre. Ainsi, ce sont 38,4 heures en moyenne annuellement qui sont consacrées aux usagers [...].** Les usagers résidant chez leurs parents ou chez un proche aidant ne reçoivent pas toujours les services requis. À cet égard, le MSSS confirme que les services de soutien à l'intégration sociale adaptés à la clientèle adulte ayant un TED demeurent peu développés dans les régions. **Cette situation a comme conséquence qu'après quelques années, les parents, qui sont à bout de souffle et qui n'ont pas de soutien adéquat, risquent de lâcher prise et de se tourner vers l'hébergement pour leur enfant.** Les coûts seront alors plus élevés. »
- « [...] selon le plan d'accès du ministère de 2008, les trajectoires de services auraient dû être définies. Cela aurait permis de déterminer le cheminement clinique le plus efficace et le plus efficient pour que les personnes aient accès rapidement aux services dont elles ont besoin, et ce, d'une manière coordonnée. **La notion de trajectoire de services s'apparente à celle de continuum de services. Elle nécessite une reconnaissance implicite d'une responsabilité commune des établissements ou des organismes à l'endroit d'une clientèle donnée.** Parmi les régions visitées, seule la Montérégie a défini une trajectoire régionale de services pour sa clientèle. »

- « [...] la continuité des services est compromise parce que la coordination entre les CSSS et les CRDITED est déficiente. Notons que l'intensité des liens entre les CSSS et les CRDITED varie d'une région visitée à l'autre et d'un établissement à l'autre dans une même région. [...] À l'échelle provinciale, les coûts annuels globaux moyens par usager varient de 19 143 à 43 366 dollars, soit un écart de 127 %. Des efforts visant à réduire les coûts sont donc possibles et nécessaires. Fait à noter, la somme de 43 366 dollars concerne l'un des trois CRDITED de la région de Montréal... »
- « L'absence d'arrimage des systèmes d'information servant à gérer le Programme déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement empêche d'obtenir une information de gestion de qualité, pas plus qu'elle ne favorise la circulation de l'information et, par conséquent, le continuum de services. Les principaux systèmes d'information implantés par le ministère sur la clientèle présentant une DI ou un TED sont I-CLSC (pour les CSSS) et SIPAD (pour les CRDITED). Ces systèmes ne sont pas arrimés et il n'y a pas de banque de données commune où l'on pourrait trouver l'information contenue dans les deux systèmes. L'arrimage des systèmes est pourtant prévu depuis 2005. »



L'ENQUÊTE DU PROTECTEUR DU CITOYEN

Le 30 mars 2012, le Protecteur du citoyen rendait publics les résultats d'une enquête¹⁶ portant sur le volet soutien à domicile à long terme du Programme de soutien à domicile. Plus spécifiquement, l'enquête visait à documenter les services d'assistance personnelle aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie, tels les soins d'hygiène; l'aide à l'alimentation et à la mobilité; les services d'aide domestique comme l'entretien ménager, la préparation des repas, l'approvisionnement et autres courses, l'entretien des vêtements et la lessive; et le soutien civique comme l'aide à l'administration du budget. Cette enquête portait sur l'application du Programme de soutien à domicile par les établissements. Voici certains extraits :

- « Le Protecteur du citoyen a constaté, dans la dernière année (sic, NDLR), une augmentation importante de plaintes concernant les services de soutien à domicile dispensés par les centres de santé et de services sociaux (CSSS) – mission CLSC, dans la majorité des régions du Québec. [...] En 2009-2010, 38,2 % des plaintes étaient fondées, alors qu'en 2011-2012, 55,6 % le sont. »
- « [...] UN CADRE DE RÉFÉRENCE MENTIONNE QU'UNE PERSONNE HANDICAPÉE DE MOINS DE 65 ANS PEUT RECEVOIR UN MAXIMUM DE 21 HEURES DE SERVICES PAR SEMAINE, ALORS QU'UNE PERSONNE ÂGÉE EN PERTE D'AUTONOMIE DE PLUS DE 65 ANS REÇOIT SEULEMENT UN MAXIMUM DE 10 HEURES DE SERVICES PAR SEMAINE POUR LES MÊMES BESOINS IDENTIFIÉS. CELA VEUT DIRE QUE LORSQUE LA PERSONNE HANDICAPÉE ATTEINDRA L'ÂGE DE 65 ANS, ELLE PERDRA 11 HEURES DE SERVICES PAR SEMAINE. »
- « Le Protecteur du citoyen constate que le manque de ressources en soutien à domicile a un impact direct sur l'occupation des lits en centre hospitalier ou en centre de réadaptation. Faute de soutien à domicile, des personnes sont obligées de demeurer hospitalisées dans des lits de courte durée, ou des lits de réadaptation pour de longues périodes, entraînant ainsi un engorgement du système de soins. »
- « Nous assistons actuellement à une répartition des ressources et à un discours justificatif qui donnent l'illusion d'une accessibilité équitable pour tous, mais qui, en réalité, répondent bien peu aux besoins adéquatement évalués des personnes visées. »
- « Le Protecteur du citoyen remarque que les volets les plus problématiques sont l'insuffisance des heures de services allouées en fonction des besoins et les délais à recevoir des services. De façon plus générale, nous notons également une rigidité dans l'application des critères et une nette tendance au nivellement vers le bas des heures de services allouées. »
- « Les données recueillies dans le cadre de la présente enquête mettent en lumière l'incapacité de certaines instances locales et régionales d'appliquer la Politique de soutien à domicile qu'a adoptée le ministère de la Santé et des Services sociaux en 2003. Le Protecteur du citoyen en vient à la conclusion que ces instances ne sont pas en mesure de respecter l'esprit de cette politique. »
- « Par ailleurs, des personnes hospitalisées à l'urgence se voient octroyer, dans certaines régions, des services intensifs de soutien à domicile de courte durée (environ trois mois) dans le cadre des programmes de désengorgement mis en place par le ministère de la Santé et des Services sociaux, à même le budget des services de soutien à domicile. Ces programmes ne résolvent pas les problèmes à moyen et à long terme pour les personnes qui présentent des incapacités permanentes. Ainsi, à la fin du programme de services intensifs de soutien à domicile de courte durée, ces personnes se retrouvent prises dans le cercle vicieux des allers-retours vers les urgences. »

- **« Le Protecteur du citoyen a constaté que durant cette période d'attente, les usagers sont contraints à se priver de services essentiels ou à demander à l'entourage et aux proches aidants de s'impliquer davantage dans la réponse à leurs besoins.** Nous avons constaté qu'un trop grand écart entre les besoins de la personne et les services offerts entraîne l'épuisement des personnes aidantes, l'utilisation des services d'urgence des centres hospitaliers de courte durée et l'apparition de problèmes de santé connexes à ceux existants. »
- **« [...] le Ministère fait la promotion de l'outil d'évaluation des services requis ISO-SMAF [...]. Ce modèle a l'avantage d'uniformiser l'évaluation des besoins et l'allocation des heures de services.** Ainsi, à l'aide du formulaire d'évaluation, les intervenants mesurent l'autonomie de la personne. Les résultats de ces mesures sont administrés à l'aide d'un outil informatisé qui établit automatiquement un profil de besoins. Le Protecteur du citoyen a constaté que certains CSSS associent les quatorze profils possibles à une cote qui déterminera un maximum d'argent. **Il faut être prudent dans l'utilisation d'un outil standardisé afin de ne pas niveler vers le bas la réponse à des besoins élevés. Une légère erreur dans la cotation d'un besoin peut entraîner des résultats biaisés.** Par ailleurs, il faut

s'assurer que cet outil de mesure n'utilise pas une moyenne, car les personnes qui ont un résultat dans la zone supérieure de la moyenne (les cas les plus lourds) sont toujours défavorisées. Finalement, il faut donc se rappeler que **les outils informatiques, aussi performants soient-ils, ne remplaceront jamais le jugement professionnel.** »

- **« À la suite de la réévaluation annuelle de son plan de services individualisé (PSI), une dame est informée que le soutien à domicile qui lui est alloué serait diminué de deux heures par semaine, même si sa situation n'a pas changé.** Aucune explication ne lui est donnée. À la suite de sa plainte au CSSS, le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services lui explique les changements apportés au cadre de gestion et leur impact sur les PSI. **Le nouveau cadre de gestion utilise le modèle d'évaluation ISO-SMAF mis de l'avant par le Ministère. C'est en raison de l'utilisation de ce modèle d'évaluation et de son application informatique que cette dame reçoit dorénavant deux heures de service de moins par semaine.** À l'examen des grilles remplies, le Protecteur du citoyen a constaté une légère différence à la cote attribuée à certains facteurs. Cela a eu pour effet que la règle mathématique appliquée dans l'outil informatique est venue modifier à la baisse le nombre d'heures de services requis [NDLR : pour cette dame]. »

NOUS NE SAURIONS TERMINER CE DOSSIER SANS CES DEUX PERLES TIRÉES DE L'ÉTUDE DE 2010 DE L'INSPQ⁶

- « [...] dans nos projections, nous ne tenons pas compte du fait que les cohortes qui vont arriver aux âges élevés auront un niveau de scolarité de plus en plus élevé et que leur revenu sera supérieur à celui des cohortes précédentes. La contribution au financement du système de santé par les personnes âgées devrait augmenter substantiellement puisque celles-ci seront plus nombreuses à payer une part de plus en plus importante d'impôt sur des revenus de pension. De plus, un plus grand nombre de personnes pourront financer à même leurs revenus une part des soins non couverts par le système public. »
- « On aborde brièvement la possibilité d'une réduction future des taux d'incapacité selon l'âge, ce qui ralentirait l'effet du vieillissement. Les données que nous avons sous la main ne semblent pas montrer une tendance à une diminution des taux d'incapacité dans le temps. Cela ne veut pas signifier pour autant qu'une baisse importante ne pourrait se produire dans les prochaines décennies. [...] Enfin, la perte d'autonomie n'est pas toujours permanente. Des études ont démontré que plus du tiers des personnes très âgées ayant une perte d'autonomie récupère l'autonomie perdue dans l'année suivante. »

RÉFÉRENCES

1. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Tableaux de la Banque provinciale du Système d'information sur la clientèle et les services des CSSS- mission CLSC (I-CLSC). Disponible à rpcu.qc.ca/pdf/documents/Utilisation-des-services-Quebec.pdf. [Consulté le 24 février 2014]
2. Ministère de la Santé et des Services sociaux. L'autonomie pour tous : livre blanc sur la création d'une assurance autonomie. Québec : MSSS, 2013.
3. Institut de la statistique du Québec. Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011. Québec : ISQ, 2013.
4. Institut de la statistique du Québec. Le bilan démographique du Québec, édition 2013. Québec : ISQ, 2013.
5. Organisation de coopération et de développement économiques. L'éducation, un levier pour améliorer la santé et la cohésion sociale. Paris : Éditions OCDE, 2010.
6. Choinière R. Vieillesse de la population, état fonctionnel des personnes âgées et besoins futurs en soins de longue durée au Québec. Québec : Institut national de santé publique du Québec, 2010.
7. Organisation de coopération et de développement économiques. Éco-Santé OCDE 2012 (édition de juin), 2012.
8. Assemblée nationale du Québec. L'étude des crédits, ministère de la Santé et des Services sociaux, Commission de la santé et des services sociaux : cahiers explicatifs, questions générales et particulières, volet santé et volet services sociaux, 2008-2009, 2009-2010, 2010-2011, 2011-2012, 2012-2013, 2013-2014.
9. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Comptes de la santé 2009-2010 à 2011-2012. Québec, MSSS, 2011.

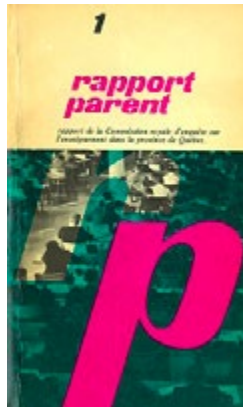
EN CONCLUSION

UN URGENT BESOIN DE REPENSER LE MODÈLE ACTUEL

L'intensité des services ou des soins requis peut grandement varier d'une personne à l'autre, en fonction du type d'incapacité et de la sévérité de celle-ci. Une personne peut, par exemple, avoir besoin d'une aide domestique sans nécessairement avoir besoin de la présence d'un professionnel de la santé. Ainsi, un « service à domicile » n'est pas assimilable à un « soin à domicile ». Ce sont deux univers complémentaires, mais différents.

Contrairement aux autres juridictions, le Québec a choisi, en 1971, de fusionner les deux missions que sont la Santé et les Affaires sociales. Cette approche a donné lieu à un enchevêtrement de structures qui empêchent d'avoir un portrait clair et précis de la situation, tant en termes budgétaires qu'en termes d'activités propres aux deux missions.

Le projet de caisse autonomie a le mérite de mettre en lumière les ratés de la mission Services sociaux. Le moment est peut-être venu de s'interroger sur l'impact de cette décision, voire sur la pertinence de revenir à la situation qui prévalait avant 1971.



ET SI LE PASSÉ ÉTAIT GARANT DE L'AVENIR ?

L'histoire se passe il y a cinquante ans, en 1963 plus exactement.

Dans la foulée de la Révolution tranquille, un rapport allait conditionner la création du futur ministère de l'Éducation du Québec : le *Rapport de la Commission royale d'enquête sur l'enseignement dans la province de Québec*, communément appelé le rapport Parent. Voici un passage de ce rapport qui illustre à quel point les prévisions démographiques doivent être prises pour ce qu'elles sont...

« La première cause de cette augmentation des effectifs scolaires est la poussée démographique résultant du taux élevé des mariages et des naissances qui a accompagné et suivi la dernière guerre mondiale ; les démographes avaient prévu cette hausse, mais n'avaient pu s'imaginer qu'elle se maintiendrait aussi longtemps. Ainsi, dans le Québec, le taux de natalité a atteint son niveau le plus élevé en 1947, 31,1 naissances pour 1 000 habitants ; progressivement abaissé ensuite, il conserve encore un niveau moyen assez élevé : 30,0 pour 1 000 de 1951 à 1955 et 28,7 pour 1 000 de 1956 à 1960. On prévoit que ce taux continuera à baisser. Mais en chiffres absolus le nombre des naissances ira en augmentant au cours des vingt prochaines années : on prévoit qu'il passera de 138 000 pour l'année 1960, à environ 175 000 en 1970 et 220 000 en 1980. C'est pourquoi la poussée démographique exercera une pression sur les écoles durant encore quinze ou vingt ans. »

Or, que s'est-il réellement passé ? Selon les statistiques officielles¹⁷, en 1970, le Québec a plutôt enregistré 96 512 naissances. Dix ans plus tard, en 1980, nous en étions à 97 498 naissances... Loin des 220 000 naissances prévues 50 ans plus tôt.

Quel est le lien avec le projet d'assurance autonomie ? Lui aussi est basé sur des projections !

10. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Plan stratégique 2010-2015 du ministère de la Santé et des Services sociaux. Québec : MSSS, 2010.

11. Commission de la santé et des services sociaux. L'étude des crédits 2013-2014, ministère de la Santé et des Services sociaux : réponses aux questions particulières, volet service sociaux, volume 1. Québec : MSSS. Réponse 26.

12. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de la gestion intégrée de l'information. Données produites par la Direction générale du personnel réseau et ministériel (DGPRM). Source : Banque de données sur les cadres et salariés du réseau de la santé et des services sociaux, février 2013.

13. Vérificateur général du Québec. Rapport à l'Assemblée nationale pour l'année 2013-2014 : vérification de l'optimisation des ressources, printemps 2013, chapitre 4. Services à domicile, personnes âgées en perte d'autonomie. Québec : VGQ, 2013.

14. Vérificateur général du Québec. Rapport à l'Assemblée nationale pour l'année 2012-2013 : vérification de l'optimisation des ressources, printemps 2012, chapitre 4. Personnes âgées en perte d'autonomie, services d'hébergement. Québec : VGQ, 2012.

15. Vérificateur général du Québec. Rapport à l'Assemblée nationale pour l'année 2013-2014 : vérification de l'optimisation des ressources, printemps 2013, chapitre 2. Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement. Québec : VGQ, 2013.

16. Protecteur du citoyen. Chez soi : toujours le premier choix ? L'accessibilité aux services de soutien à domicile pour les personnes présentant une incapacité significative et persistante. Québec : Le Protecteur, 2012.

17. Institut de la statistique du Québec. Naissances et taux de natalité, 1900-2012. Disponible à : stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/naissance-fecondite/401.htm [Consulté le 5 février 2014].



PAR PATRICIA KÉROACK

Diabète de type 2

Une guérison à venir

Entre les jeux avec ses amis dans les rues de l'est de la métropole et l'école, André Carpentier passait le plus clair de son temps à lire sur tous les sujets scientifiques qu'un jeune pouvait aimer (dinosaures, planètes, géologie, etc.). Sa curiosité ne connaissait pas de limites. Il savait en son for intérieur que sa carrière se situerait dans l'une des sphères de la science..., mais laquelle? Son choix se précise grandement après ses premiers cours de biologie, en secondaire III. Grâce à un professeur, qu'il décrit comme «allumé», il découvre l'étendue des connaissances offertes par la physiologie humaine.

Ses parents, n'ayant pas eu la chance de faire des études universitaires, l'incitent à poursuivre son rêve. Fort de leur appui, il s'inscrit donc en médecine. Les trois facultés francophones l'acceptent. Le choix est difficile. Son cœur penche vers l'Université de Montréal, mais une invitation à une visite libre des locaux de l'Université de Sherbrooke - un endroit qu'il ne connaît pas du tout - l'interpelle. Curieux, il s'y rend accompagné de son père. L'endroit les enchante tous les deux, il s'y sent bien dès son arrivée. Contrairement au paysage urbain de Montréal, ce sont des champs et des fermettes qui entourent le campus; l'ambiance est bucolique et l'atmosphère chaleureuse. Qui aurait dit qu'à côté des verts pâturages se trouvaient des laboratoires de recherche à la fine pointe de la technologie?

Son arrivée à l'Université de Sherbrooke, une institution qui intègre les stages de travail à même le parcours de formation, coïncide avec l'introduction d'une nouvelle forme d'enseignement : la pédagogie d'apprentissage par problèmes. D^r Carpentier fera de Sherbrooke, prévu initialement comme simple lieu de formation, son milieu de vie permanent, avouant que c'est le meilleur choix qu'il a fait dans sa vie.

Diplôme de médecine en poche, il effectue une spécialisation en médecine interne, puis en endocrinologie. Son parcours lui permet de faire un stage à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, là où, selon ses dires, l'urgence est probablement la plus importante en termes d'achalandage. Pendant quatre mois, à l'urgence, il se concentre sur les cas d'endocrinologie générale, de diabète, de grossesses et d'infertilité. Il fait un autre stage au CHUM-Notre-Dame, où il se concentre sur les problèmes d'hypophyse, puis fait un saut du côté pédiatrique avec un stage à l'Hôpital de Montréal pour enfants.

Par la suite, il fait un *fellowship* en lipidologie à Sherbrooke, où il cumule la recherche et la clinique, à Québec et à l'Institut de recherches cliniques de Montréal, suivi d'un second *fellowship*, cette fois hors du Québec, à l'Université de Toronto.

Plusieurs possibilités s'ouvraient à lui. C'est l'attrait de la recherche en endocrinologie qui, finalement, a eu raison de son choix de carrière parce qu'il affectionne les maladies complexes ou multisystémiques ayant souvent un lien caché à découvrir. Il est «le plus cardiologue des endocrinologues».

D^r ANDRÉ CARPENTIER

Endocrinologue

LA RECHERCHE FONDAMENTALE DÈS LE DÉBUT

Ses premiers contacts avec la recherche se font rapidement en début de carrière. Déjà, André Carpentier passe ses étés d'étudiant dans les laboratoires à faire de l'électrophysiologie sur des cellules aortiques de lapins. Puis, lors de sa résidence, il participe à des travaux de recherche, dont un sur le diabète gestationnel et publie un premier article en tant qu'auteur principal.

Son *fellowship* à Toronto lui permet de travailler sur le métabolisme des lipides et ses anomalies dans le diabète de type 2. Les travaux qu'il poursuit là-bas deviennent rapidement les grands axes de recherche qu'il conservera tout au long de sa carrière : le métabolisme du VLDL et le rôle des acides gras dans le sang dans la formation du diabète. Les résultats publiés de cette recherche sont encore largement cités et mènent à d'autres projets. «Ces travaux ont beaucoup influencé ma pensée et m'ont incité à pousser mes recherches en ce sens à mon retour à Sherbrooke», dit-il.

Si la recherche occupe une place prépondérante dans sa carrière, il se passionne aussi pour le côté médico-administratif. Gérer des équipes de recherche et des équipes cliniques lui permet d'avoir une vision globale de ce qui se passe dans un secteur précis et de modifier certaines orientations ou d'apporter des changements pour mieux arrimer les différents acteurs.

UNE VISION ÉLARGIE

À ce jour, il est directeur du Centre de recherche sur le diabète, l'obésité et les complications cardiovasculaires, qu'il appelle le DOCC. Lorsqu'il a accepté ce poste, c'était à la condition de pouvoir développer et concentrer les actions dans des domaines de recherche bien précis, mais surtout de revoir l'organisation des groupes en place.

Il est en bonne position puisqu'il dirige l'équipe du Centre de recherche clinique Étienne-Le Bel du CHUS de même que celle du centre hospitalier et de la Faculté de médecine. Sa vision mène à l'unification des travaux effectués dans l'axe de recherche à Sherbrooke, que ce soit du centre de recherche, du centre hospitalier et de la Faculté de médecine. Tous les travaux qui y sont faits sont désormais en synergie et permettent de pousser vers de nouveaux horizons.

Il dirige également, en collaboration avec des collègues de l'Université de Montréal et de Québec, le Réseau québécois de recherche en santé cardiométabolique, diabète et obésité.

Il travaille activement à la création d'un réseau pancanadien de recherche sur le diabète. Au Québec seulement, plus de 500 personnes sont déjà membres du réseau. L'étendre au Canada entier permettrait d'aller chercher de nouveaux projets, de trouver des cibles de nouvelles recherches, de faire du transfert de connaissances vers de nouvelles pratiques et plus.

Depuis 2003, il s'est impliqué dans le projet d'agrandissement du Centre de recherche clinique Étienne-Le Bel du CHUS : un travail colossal dont il voit aujourd'hui les retombées, étant dans la fébrilité du grand déménagement. Les nouveaux locaux encore plus perfectionnés et dont il a longtemps rêvé permettront de poursuivre d'autres projets de recherche. « Ce réaménagement regroupe désormais toute la recherche fondamentale permettant ainsi des croisements d'information entre les équipes et les programmes. »

RECONNAISSANCES

Encore dans la jeune quarantaine, D^r Carpentier est déjà reconnu par ses pairs tant par sa recherche que par ses qualités de gestionnaire. Il cumule de nombreux prix et reconnaissances de toutes sortes, dont le Grand Prix d'excellence du Centre hospitalier de l'Université de Sherbrooke (2013).

GUÉRIR LE DIABÈTE À TOUT PRIX

D^r Carpentier est d'avis que l'on pourra mettre un terme au diabète de type 2. « Actuellement, juste en appliquant ce qu'on sait déjà, on pourrait diminuer l'incidence du diabète de 40 à 50 %. »

Le chercheur est convaincu qu'il existe de nouvelles opportunités dans le domaine entraînant des impacts importants sur le traitement du diabète. Selon lui, il est temps de mettre les ressources requises en place. « Si seulement on appliquait les tests de dépistage chez tous les gens déjà identifiés intolérants au glucose avec les moyens et les paradigmes connus, si l'on faisait un suivi rigoureux et des interventions personnalisées comme les changements à apporter au style de vie et à la nutrition, on aurait la capacité de réduire le diabète chez 25 à 50 % des nouveaux diabétiques. On pourrait même espérer aller en chercher davantage en ciblant plus large. » C'est en pensant ainsi que D^r Carpentier prépare un projet de recherche clinique avec différents partenaires. Le projet fait même appel à l'aspect organisationnel si l'on parle de la desserte des soins, particulièrement quant à l'organisation multidisciplinaire, notamment pour les GMF, avec l'ajout de nutritionnistes et d'infirmières spécialisées. « L'enjeu, pour nous, sera de rendre le tout plus fluide, d'améliorer les réseaux de communication et d'interaction avec les patients et surtout d'accélérer le niveau du transfert des connaissances entre les professionnels. C'est tout le système de santé qui en bénéficiera. »

Actuellement, plusieurs centres de recherche sur le diabète travaillent avec des approches intéressantes, notamment à Québec, à Montréal et à Laval. À Sherbrooke, les cliniques ont été réseautées en vue de l'amélioration des pratiques en obésité et de ses complications comme le diabète. D^r Carpentier sent qu'il y a une effervescence tant au niveau de la pratique, que plus en amont, du côté de la recherche et du développement des connaissances, que ce soit du côté des nouvelles technologies ou des médicaments innovants. Si certaines fois les ressources manquent, il est d'avis que la volonté y est bien présente, ce qui demande de bien réfléchir et d'agir simplement et efficacement.

EFFETS ANTIDIABÉTIQUES DE LA CHIRURGIE BARIATRIQUE

Si l'affirmation semble un non-sens évident, la chirurgie bariatrique est une arme solide contre le diabète. D^r Carpentier en a d'ailleurs fait l'un des trois grands thèmes de recherche de sa pratique. Il est de ceux qui ont démontré que la dérivation biliopancréatique a une incidence sur les personnes atteintes de diabète de type 2 : plus de 95 % des patients ayant subi cette procédure, effectuée en Amérique du Nord à l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec, ont eu une guérison de leur diabète de type 2, et ce, dans la semaine qui a suivi la procédure chirurgicale. D^r Carpentier espère trouver, par cette avenue, la raison d'être, le fonctionnement, l'enclenchement et la correction du développement du diabète; une foule d'angles de recherche qui permettront un jour de trouver une solution finale au diabète. Ce travail de longue haleine sera effectué en collaboration avec d'autres centres de recherche clinique.

DES PROJETS À FOISON

Ce ne sont pas les projets qui risquent de manquer pour D^r Carpentier. Même s'il est largement sollicité pour des postes, il se voit encore à Sherbrooke « à long terme » : le monde attendra. La venue de l'imagerie moléculaire ouvre de multiples avenues de recherche et il estime qu'il reste encore beaucoup à faire dans la connaissance du gras alimentaire et du diabète.

D^r Carpentier se décrit comme un pivot, un leader qui trouve les meilleurs joueurs pour faire avancer les travaux et stimuler les équipes. Bien sûr, il espère voir se développer le réseau canadien de recherche sur le diabète, sentir que le transfert de connaissances des applications théoriques à la pratique soit avancé, et ce, pour pouvoir ouvrir vers d'autres champs d'intérêt. S'il pouvait accomplir ceci, il serait très content.

LA MÉDECINE CHANGE

D^r Carpentier aimerait que les gens aient à l'esprit qu'en médecine les choses changent à une vitesse folle et que les pratiques sont appelées à se transformer rapidement. Ainsi, à chaque occasion qui se présente à lui, il invite les médecins spécialistes à poursuivre le développement de leurs compétences avec les autres, et ainsi profiter aussi du savoir des autres. « Il faut faire tomber les silos, il y en a trop encore aujourd'hui en médecine spécialisée. Il faut porter plusieurs chapeaux pour voir les choses avec des perspectives différentes à chaque question posée. » C'est, à son avis, ce qui fait un bon médecin spécialiste.



PAR SAM J. DANIEL, M.D.
Directeur
Office de développement
professionnel – FMSQ

Moderniser le DPC à la FMSQ

L'union fera notre force

De grands vents de changement soufflent en développement professionnel continu (DPC) comme en témoigne l'important virage que doit faire chaque médecin vers l'autoapprentissage (section 2 du programme du Maintien du certificat) et l'évaluation de sa pratique (section 3).

L'essor du DPC nécessite de plus en plus, des médecins spécialistes, une prise en charge active. Aussi, les exigences de la pratique deviennent plus importantes et les associations médicales doivent constamment innover en DPC; tout ceci afin de faciliter la tâche aux médecins et de leur permettre de relever avec succès le défi de rester à jour et d'offrir les meilleurs soins à la population. Parallèlement, les milieux de l'éducation subissent de profondes transformations. L'apprentissage en ligne fait de plus en plus partie intégrante de l'enseignement aux universités. Ce changement a aussi fait son chemin au sein des administrations publiques et des nombreux ordres professionnels.

Il existe plusieurs plateformes de gestion de DPC. L'optimale est celle qui permet de gérer, entre autres, des contenus de congrès, des formations en ligne, des outils et des activités d'autoapprentissage et d'évaluation de la pratique, des forums ou communautés de pratique, des modules d'approche réflexive, ainsi que des modules de simulation. De plus, la plateforme doit permettre de concevoir un plan individualisé avec suivi automatique, d'offrir une organisation et une gestion d'évènements, un répertoire de documents et de lignes directrices, un calendrier d'activités,

ainsi que des alertes et des bulletins d'information. Également, la possibilité d'imprimer ses attestations de crédits des congrès associatifs et de soumettre des évaluations en ligne sont des atouts appréciés.

Une plateforme doit permettre d'enrichir et de rendre dynamique l'expérience d'apprentissage, d'accroître l'adaptabilité des occasions de formation et d'en améliorer l'accessibilité de façon économe avec des sessions éducatives accréditées en sections 1, 2, et 3. En plus de soutenir une vaste gamme de styles d'apprentissage, une telle plateforme doit offrir une tribune de discussion à grande échelle, et permettre d'améliorer la communication intradisciplinaire et interdisciplinaire ainsi que l'engagement des médecins spécialistes. La plateforme de gestion idéale doit être simple à utiliser et permettre au médecin d'économiser du temps tout en prenant le contrôle de son DPC.

Depuis un certain temps, l'équipe de l'Office de développement professionnel (ODP) étudie diverses plateformes pouvant répondre aux besoins des médecins spécialistes. Nous vous tiendrons informés de nos trouvailles.



ANNÉE 2014 : PLANIFIEZ DÈS MAINTENANT VOS ACTIVITÉS D'AUTOAPPRENTISSAGE

Les activités d'autoapprentissage peuvent se planifier de sorte qu'elles répondent à un besoin, à un enjeu, ou à un objectif soulevé dans la pratique médicale. Leur pertinence devrait nous aider à acquérir efficacement de nouvelles connaissances et perspectives afin de nous équiper à gérer un problème ou une situation. Un plan d'apprentissage peut être élaboré individuellement ou en collaboration avec des pairs ou des mentors. Ce plan nous permet de «prendre le dessus» sur les questions à aborder, les ressources à utiliser et les résultats à évaluer. Voici quelques pistes de réflexion pour vous aider à construire un plan pour cette année :

- Quels sont les questions, problèmes ou besoins que vous avez identifiés pour 2014 ?
- Pour quelle partie de votre pratique professionnelle souhaitez-vous obtenir de l'information ? (Pratique clinique, enseignement, recherche, administration) ;
- Quelles compétences (aptitudes techniques, examen physique, connaissances) planifiez-vous enrichir ?
- Quelles compétences transversales désirez-vous cibler ? (Compétences en communication, gestion du temps, gestion des risques, gestion de la pratique ou du cabinet, évaluation critique, autres).

Après avoir répondu à ces questions, établissez un ou des objectifs de formation afin de répondre à ces besoins. Des possibilités incluent des recherches en ligne, une consultation de pairs, des stages de perfectionnement, des cours et des congrès.

Pour toute question sur les activités d'autoapprentissage, n'hésitez pas à nous écrire à odp@fmsq.org.



7^e JFI
Fédération des Médecins
Spécialistes du Québec
Journée de formation
interdisciplinaire



Vendredi 21 novembre 2014

Palais des congrès de Montréal

Ne manquez pas le plus gros congrès de spécialistes au Québec

Thématique centrale : La sécurité des soins

Ateliers associatifs :

- Autisme
- La cardiologie et la grossesse
- Les soins pour les personnes âgées
- Affectation de la sphère ORL

À venir : appel d'affiches, prix d'innovation et plus.







Détails à venir



PAR MARIE-JOSÉE HOUDE,
LL.B., D.D.N.
Notaire

Fiducies testamentaires

Changements importants

Si votre planification successorale prévoit la création d'une fiducie par testament, sachez que les nouvelles règles fiscales proposées par le récent budget du gouvernement fédéral pourraient vous toucher. Il vous faudra donc analyser la portée de ces changements et revoir votre planification, en tenant compte de leurs impacts.

SURVOL DES PRINCIPES DE BASE D'UNE FIDUCIE

La fiducie testamentaire est un patrimoine autonome et distinct de son bénéficiaire. Elle implique trois intervenants : le constituant, les fiduciaires et les bénéficiaires.

- Le **constituant**, c'est le testateur qui, dans son testament, va créer la fiducie et prévoir ses règles de fonctionnement. La fiducie ne prendra effet qu'à son décès.
- Le rôle du **fiduciaire** est primordial, car l'administration d'une fiducie nécessite plusieurs expertises : gestion des placements, préparation et production de déclarations fiscales annuelles, comptabilité, analyse des incidences légales et fiscales, communication avec les bénéficiaires concernant les différentes remises. Le fiduciaire doit agir avec impartialité, à la fois dans l'intérêt des bénéficiaires du revenu et de ceux du capital.
- Les **bénéficiaires** ont le droit de recevoir soit du revenu, soit du capital, ou les deux. Ils ne détiennent aucun droit de propriété sur le capital de la fiducie.

MISE À JOUR DES MESURES FISCALES PROPOSÉES

Dans son budget 2014-2015, le gouvernement fédéral propose d'éliminer les taux progressifs qui s'appliquent aux fiducies testamentaires, aux fiducies non testamentaires bénéficiant de droits acquis et aux successions. Ainsi, à compter du 1^{er} janvier 2016, le budget met de l'avant l'application du taux d'imposition maximum alors en vigueur aux revenus de toutes les fiducies testamentaires existantes, aux fiducies créées par testament et aux successions.

Cette mesure viendrait mettre en échec les planifications testamentaires visant uniquement le fractionnement de revenu entre les mains d'une fiducie (avec des taux progressifs) et un particulier à taux d'imposition élevé. Il est cependant très rare qu'une fiducie testamentaire ne soit créée que pour des raisons fiscales, la fiducie testamentaire répondant à de nombreux autres objectifs intéressants.

NOMBREUX AUTRES AVANTAGES DE LA FIDUCIE TESTAMENTAIRE

Les fiducies sont des outils de protection d'actifs, qui peuvent permettre des avantages fiscaux dans certains cas. Parmi les situations pouvant justifier l'utilisation d'une fiducie

testamentaire, mentionnons les cas suivants : un conjoint vulnérable, une famille recomposée, un héritier à charge « immature financièrement » ou handicapé, des enfants mineurs ou des petits-enfants.

Entre autres, la fiducie permet d'éviter l'intervention du curateur public du Québec dans l'administration des biens d'un enfant mineur. Sa création vous accorde aussi un certain contrôle sur votre patrimoine, par exemple quant à l'âge de remise du capital et à l'utilisation des fonds. Enfin, la fiducie facilite également la transmission de vos actifs à travers les générations.

EXEMPLES D'UTILISATION DE FIDUCIES TESTAMENTAIRES

- **Fiducie en faveur du conjoint ou d'un nouveau conjoint** – Cette fiducie permet de conserver le roulement fiscal des biens au conjoint survivant en cas de décès. Le conjoint survivant doit avoir droit à la totalité des revenus sa vie durant. Les fiduciaires peuvent lui remettre du capital notamment pour son bien-être, son confort, pour maintenir le même niveau de vie auquel il était habitué ou en cas de maladie. À son décès, le testament prévoira que le capital sera remis soit aux enfants, aux petits-enfants ou à d'autres bénéficiaires par le biais d'une fiducie testamentaire ou en pleine propriété.
- **Fiducie d'éducation** – Cette fiducie peut être mise en place avec des produits d'assurance vie ou des placements non enregistrés (actifs libres d'impôt au décès). Les bénéficiaires sont le conjoint survivant et les enfants mineurs, à charge ou aux études. Les revenus seront principalement utilisés par les fiduciaires pour l'éducation, l'instruction, le bien-être et les soins médicaux des enfants, afin d'imposer ces revenus entre les mains de ces enfants à charge et de profiter de leurs faibles taux d'imposition. Lorsque les enfants deviennent majeurs ou ont terminé leurs études, la fiducie prend fin et les biens peuvent être remis au conjoint survivant.
- **Fiducie en faveur des enfants et petits-enfants** – La fiducie pourra prévoir à quel moment l'enfant aura droit aux revenus. Jusqu'à cette date, les revenus seront utilisés par les fiduciaires pour l'éducation, l'instruction et les soins médicaux des enfants. Le testament prévoit habituellement que les fiduciaires pourront se servir également du capital à ces fins. En ce qui concerne le capital, on prévoira des dates ou des âges de remise. Par exemple, les enfants auront droit à la moitié du capital à 25 ans et le solde à 30 ans. Un transfert des revenus par les liquidateurs sera également possible en faveur des enfants afin de profiter de leurs faibles taux d'imposition, pourvu que le testament le permette.

La fiducie testamentaire demeure un élément important à considérer lors de la réalisation de votre planification testamentaire. Parlez-en à votre conseiller!



PAR MAURICE GIROUX
Directeur général

Une fois *Médecin inc.*, l'assurance vie...

Outre le report d'impôt et le fractionnement des revenus, un autre avantage fiscal potentiel de l'incorporation est le transfert d'une police d'assurance vie détenue personnellement par le médecin à sa société. Ceci est particulièrement vrai lorsque le médecin a développé des problèmes de santé depuis l'émission du contrat, ceux-ci pouvant rendre l'achat d'une nouvelle police très onéreux.

Une police d'assurance vie est constituée du propriétaire qui détient le contrat, de la personne assurée qui, au décès, entraînera le paiement du capital-décès et, enfin, du bénéficiaire qui, à la suite du décès, encaissera la prestation. Le transfert visé ici permet la cession du contrat à la société, ce qui signifie que le propriétaire et le bénéficiaire seront dorénavant *Médecin inc.* Au décès, le capital-décès, qui excède le coût de base rajusté ou la « valeur comptable » de la police, est versé en franchise d'impôt aux héritiers par le truchement du compte de dividende en capital.

Le premier avantage réside dans le fait que les primes seront acquittées par la société et non par le médecin.

Ces primes ne sont pas déductibles d'impôt par la société. Par contre, puisqu'elles seront payées par cette dernière, ces primes coûteront moins : le taux d'imposition de la corporation étant de 19 % plutôt que de 49,97 %.

En second lieu, une évaluation actuarielle doit être effectuée pour établir la juste valeur marchande de la police soit le prix auquel on pourrait vendre la police à un étranger. Une fois établie, la société versera ce montant non imposable à notre médecin en contrepartie du contrat.

Ce transfert peut s'avérer profitable, mais les coûts doivent être évalués. Il est important d'effectuer cette transaction dans le respect de toutes les règles, avec l'ensemble des documents juridiques à l'appui.

N'hésitez pas à communiquer avec nous. Nos conseillers vous aideront à évaluer la pertinence d'effectuer un tel transfert.

**JE SUIS UNE MÉDECIN
ASSURÉE PAR SOGEMEC**

**SOGEMEC vous comprend le mieux
puisque'il fait partie de vous depuis 35 ans.**

Une filiale de la Fédération des médecins spécialistes du Québec, conçue par des médecins pour des médecins : Voilà pourquoi nos protections suivront parfaitement vos besoins ainsi que ceux de chacun des membres de votre famille.

**FÉDÉRATION
DES MÉDECINS
SPÉCIALISTES
DU QUÉBEC**

**UNE GAMME DE PROTECTIONS
QUI RÉPOND À TOUS VOS
PRODUITS D'ASSURANCES**

Vie	Médicaments
Invalidité	Maladie
Frais généraux	Dentaire
Maladies graves	Entreprise
Soins de longue durée	Automobile et habitation

CONTACTEZ-NOUS : 1 800 361-5303
information@sogemec.qc.ca

Sogemec
ASSURANCES

**UNE FORCE CONSEIL
CRÉÉE PAR VOUS, POUR VOUS**



PAR GILLES ROBERT
Président

Des services entièrement dédiés

Chers membres assurés et futurs adhérents SOGEMEC,

C'est avec un immense plaisir que je vous informe aujourd'hui de nos plus récents développements en matière d'assurance. En effet, Sogemec Assurances a tout récemment modifié son offre de service afin de permettre aux médecins de bénéficier d'une possibilité d'incorporation remplie de nouvelles opportunités. Pour vous conseiller adéquatement dans votre planification, deux spécialistes qualifiés se sont joints à notre équipe.

Madame Roxanne Rondeau-Daoust, une conseillère dédiée aux jeunes professionnels, saura, compte tenu de son expertise en actuariat et de ses compétences en matière comptable, vous donner des conseils avisés et répondre avec justesse à vos questions. Madame Rondeau-Daoust établira, avec vous et pour vous, un plan tant personnalisé qu'adapté à vos besoins spécifiques.

Également, pour nos fidèles clients ayant besoin d'une planification plus avancée, notre équipe de conseillers expérimentés, épaulée au besoin par notre spécialiste en planification financière, répondra avec précision à vos différents besoins en prenant bien soin de vous suggérer les meilleures stratégies de protection de patrimoine possible dans le but de réduire au maximum certains impacts fiscaux.

Sogemec Assurances est sans contredit un fournisseur de services d'assurance pas comme les autres!

VOICI COMMENT NOUS NOUS DISTINGUONS

1- PRODUITS EXCLUSIFS

Sogemec Assurances a développé au fil des années des **produits exclusifs pour ses membres**. Prenons comme exemple le cas d'une invalidité. Advenant une telle situation, nous offrons cinq ans de prestation de plus que tous les autres assureurs sur le marché actuel. Donc, si vous êtes un assuré Sogemec et que vous détenez 10 000\$ de prestation mensuelle, cette somme représente un montant de prestation de 600 000\$.

Sachant qu'il n'existe aucune autre offre comparable à cette dernière parmi tous les contrats actuellement disponibles sur le marché par les autres assureurs, cette option représente, à ce jour, un avantage des plus significatifs. Ceci est tout particulièrement vrai si une invalidité survient avant même que vous n'ayez eu la chance d'accumuler les montants nécessaires en REER ou autres pour votre retraite. Le programme d'assurance de Sogemec est celui qui vous offre la meilleure compensation.

2- MANDAT CLAIR

Sogemec Assurances veille à ce que ses conseillers respectent en tout temps un **mandat clair**, soit celui d'informer les médecins sur les différents produits et services qui s'offrent à eux, et ce, toujours en fonction de leurs besoins précis. Tous nos conseillers travaillent avec professionnalisme dans le but distinct d'élaborer avec vous des solutions ciblées visant à combler avec précision tous vos besoins en matière d'assurance.

3- SERVICE D'ACCOMPAGNEMENT

Sogemec Assurances offre également un **service d'accompagnement** au moment d'une réclamation. Qu'il s'agisse d'une assurance maladie, d'une assurance voyage, d'une assurance invalidité ou encore d'une réclamation pour une assurance auto ou habitation, vous pourrez toujours compter sur l'aide de notre équipe de service à la clientèle. Ce groupe d'experts est disponible en tout temps pour vous accompagner et vous représenter auprès de l'assureur pour que vous obteniez les remboursements auxquels vous avez droit, et ce, dans les plus brefs délais.

En tout temps, notre intérêt premier est de vous offrir une expertise adaptée à votre réalité. Grâce à une offre-conseil professionnelle appuyée par une offre de produits de qualité, nous possédons les compétences nécessaires pour répondre adéquatement à vos besoins spécifiques. Alors, pour bien commencer l'année 2014, pourquoi ne pas prendre la résolution suivante : prendre connaissance des services et produits offerts par votre Fédération par l'entremise de sa filiale d'assurances!

Vous serez ainsi en mesure de prendre une décision des plus éclairées.

Également, et pour cette même raison, je vous suggère ardemment, lors d'éventuelles prises de décisions concernant vos assurances, de faire appel à notre équipe chevronnée. Elle saura bien vous guider, car, chez Sogemec Assurances, nous comprenons bien vos besoins et avons à cœur ce désir de demeurer en tout temps une ressource intègre, fiable, engagée et efficace en vous proposant les bonnes solutions pour les bonnes raisons.

Sogemec Assurances est très fière d'être avec vous depuis déjà 35 ans. Votre fidélité nous est précieuse et vous pouvez compter sur nous pour continuer nos efforts dans le but de nous surpasser et vous offrir ce qu'il y a de mieux.

C'est pourquoi je profite de l'occasion pour vous remercier chaleureusement de nous faire confiance et je vous invite à communiquer dès maintenant avec notre équipe de conseillers pour obtenir de judicieux conseils.



PRESIDENT'S EDITORIAL

DR GAÉTAN BARRETTE

Encore!

In French, it means a repetition, something that's done again. In English, it's used to call for an encore performance. That's the term that best describes the social and political situation in which we find ourselves today: an encore presentation. The same thing. Again.

A budget deficit, **again**. Were you expecting something else? The budget does include, in the area of health, the concept of activity-based funding, which must make you laugh since we've lost track of the number of times the FMSQ has promoted the notion in its various communications. In fact, the politicians have appropriated another one of the FMSQ's ideas for themselves!

BUT, DEAR COLLEAGUES, REMEMBER THIS: IN 2006, YOUR REMUNERATION WAS ON AVERAGE 55% BELOW THAT OF YOUR CANADIAN COLLEAGUES. TWO CONSECUTIVE GOVERNMENTS ADMITTED IT AND AGREED TO MAKE UP THE DIFFERENCE OVER A PERIOD OF 10 YEARS, WHICH SHOULD BRING YOU TO APPROXIMATELY 10% LESS THAN THE CANADIAN AVERAGE BY MARCH 31, 2015. THE SAME GAP ON AVERAGE AS OTHER QUEBECKERS.

Elections, **again**. Well, yes, we have to have them sooner or later. But, do we also need the flood of pre-election announcements? Can we afford them? How can the government make so many announcements when its coffers are so empty?

Once **again**, indecent partisan interventions remotely-controlled by the governing party. Is there anyone in Quebec who believes that Diane Lavallée's comments on behalf of the AQESSS were NOT the result of a request to this former deputy minister and PQ candidate? Haven't we all noticed the lack of questions regarding this government's choices? How cheap can one get?

And **again**, lacking in subtlety, the interventions of the Contandriopoulos family. Do they really think their biases are invisible? It wouldn't be so bad if they did not constantly drape the veil of "science" over themselves. Bah! As it is, I was just reading that the number of cheaters in our universities is constantly on the rise and that they're seldom caught...

Physicians' compensation, **again**. Oh, yes! Again and again. But, dear colleagues, remember this: in 2006, your remuneration was on average 55% below that of your Canadian colleagues. Two consecutive governments admitted it and agreed to make up the difference over a period of 10 years, which should bring you to approximately 10% less than the Canadian average by March 31, 2015. **The**

same gap on average as other Quebecers.

You have not received preferential treatment compared to the rest of the population in Québec, but you will continue to be the object of envious comments by the right-thinkers who monopolize the public arena and who, in many cases, have revenues comparable to yours which they keep well hidden, of course.

And incorporation, **again**. The target is always the same in the current climate. We, physicians, are deafened by the silence of the political elite when faced with such a generalized discourse, but we are not surprised. Are we not witness to

how these opinion leaders stir up suspicion, even hatred, in our society? Don't they encourage division and agitate the population solely for their electoral objectives? It's called playing with fire.

Again and finally, if the government wants to attack the notorious one-percenters, let the attack be global and without discrimination. Their weapon is called income tax. And, stop targeting a single group, the one made up of physicians, a group whose role is still and again considered essential and of immense value by society. But, if it is to be, this battle will be fought on equal terms, because the one-percenters will react.

Once **again**, the time is near for you to use all the means necessary to defend yourselves.

Once **again**, you'll be right to do so.

In all solidarity!

SERVICES AUX MEMBRES

AVANTAGES COMMERCIAUX



Nos filiales et partenaires
méritent votre confiance.

Vous gagnez à les découvrir !

Pour tout savoir sur les avantages commerciaux réservés aux membres de la Fédération des médecins spécialistes du Québec et pour connaître nos nouveaux partenaires commerciaux, visitez le portail de la FMSQ au fmsq.org/services.

Pour plus d'informations :
fcadieux@fmsq.org ou 514 350-5274



FÉDÉRATION
DES MÉDECINS
SPÉCIALISTES
DU QUÉBEC

NOS FILIALES

Financière des
professionnels

fprofessionnels.com
1 888 377-7337

Sogemec
ASSURANCES

sogemec.qc.ca
1 800 361-5303

NOS PARTENAIRES

laPersonnelle

sogemec.lapersonnelle.com
1 866 350-8282

DELTA
HÔTELS ET ALLEGATURES

1 888 890-3222

GRUPE SOLUTION

groupesolution2.com
1 877 795-9399

ESTRIMONT
ESTÉREL
RESORT

estrimont.ca
1 800 567-7320
esterel.com
1 888 378-3735

HOTEL
MANOIR VICTORIA
HÔTEL
MANOIR SAINT-SAUVEUR

manoir-victoria.com
1 800 463-6283
manoir-saint-sauveur.com
1 866 482-5449

HYATT
REGENCY
MONTREAL

montreal.hyatt.ca
1 800 361-8234

Desjardins

desjardins.com
1 800 CAISSES

evenko.ca

evenko.ca
514 925-2124

71
SAINT
PIERRE

hotel71.ca
1 888 692-1171
auberge-st-pierre.com
1 888 268-1017

HOTELS
Fairmont

fairmont.com
1 800 441-1414

Marriott
MONTREAL
CHATEAU CHAMPLAIN

montrealchateauchampain.com
1 800 200-5909

DOMAINE
CHATEAU-BROMONT

chateaubromont.com
1 888 276-6668

clubvoyages
Berri

berri.clubvoyages.com
1 888 732-8688

TELUS

telusmd.com
1 866 673-5080

RBC

rbcbanqueroyale.com/sante
1 800 807-2683

FOUR POINTS
CENTRE DE CONGRES
ET D'ORGANISATIONS

centrecongreslevis.com
1 888 838-3811

Multi-D
FIDI

multid.qc.ca
1 800 363-3068

HÔTELS VILLEGIA

hotelsvillegia.com
1 877 845-5344

HILTON
WORLDWIDE

fr.hiltonworldwide.com
514 305-1155

LE MASSIF
DE CHARLEVOIX

lemassif.com
1 877 536-2774

Château
Mont-Sainte-Anne
CHATEAUMSA.COM

chateaumontsainteanne.com
1 866 900-5211

Hôtel Rimouski

hotelrimouski.com
1 800 463-0755

IL NE MANQUE QUE VOUS !



Docteur, libérez-vous.

Nos spécialistes attachent toutes les ficelles pour vous.

Multi-**D**
FIDL

Fier partenaire:



www.plusdetemps.ca
1-800-363-3068