



Association des Médecins
de C.L.S.C. du Québec

Volume 41, numéro 1, mai 2016

Note : Dans le but d'alléger le texte, la forme masculine utilisée désigne autant les femmes que les hommes

Poste publication enrg.
no. 41254514

b
u
l
l
e
t
i
n

Le mot du président

- *Appartenance et allégeance à la FMOQ*3

Des nouvelles de votre Association

- *Le membership à l'AMCLSCQ se porte t-il bien ?*4

À vos agendas !

- *Assemblée générale annuelle, 28 octobre 2016*5
- *Demi-journée annuelle de formation médicale continu*9
- *Tournoi de golf au profit du PAMQ : 25 juillet 2016*18

À vous la parole

- *Prix hommage 2016 : les candidatures*5
- *Les aspects positifs associés à l'entrée des femmes dans la profession médicale*6

La sexualité

- *La carte olfactive*10

Mes chers collègues

- *Maudit cancer à mardo*11

La fiscalité et le médecin à honoraires fixes

- *Est-il nécessaire de faire un testament ?*12

La santé publique et vous

- *Le virus Zica, une urgence de santé publique !*16

Les avantages d'être membre

- *Formulaire d'adhésion*2

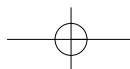
Bienvenue aux nouveaux adhérents7

Sondage : Quelles sont vos préférences ?15

L'annuaire de l'Association:19

3500 boul. de Maisonneuve ouest, bureau 2000, Westmount (Québec) H3Z 3C1

T : (514) 875-7412 * F : (514) 875-9365 * Courriel : info@amclscq.org * Site Internet : <http://amclscq.org>



Les avantages d'être membre de L'Association des médecins de CLSC du Québec

Être membre vous donne les droits suivants :

- ★ de participer et voter aux assemblées de l'Association,
- ★ d'assister aux activités de formation associées,
- ★ d'obtenir les services de l'Exécutif en cas de problèmes spécifiques,
- ★ de recevoir le bulletin de l'Association,
- ★ de recevoir, selon les modalités prévues, les documents publiés par l'Association (Guide définissant les bonnes conditions de pratique, Guide opérationnel à l'intention des médecins de première ligne en établissement, etc.)

La FMOQ compte 19 associations dont l'AMCLSCO, qui est la seule association entièrement vouée à la défense et à l'amélioration de la pratique médicale en CLSC, tant au niveau des conditions d'exercice que de la rémunération. Au sein de la FMOQ, un médecin ne peut être membre que d'une seule association, qui reçoit une quote-part de la cotisation syndicale (prélevée par la FMOQ), pour assurer les services à ses membres. N'hésitez pas à les utiliser ! Votre carte vous est acheminée chaque année avec votre reçu d'impôt, par la FMOQ. Les volontaires intéressés à travailler avec l'Exécutif, de quelque façon que ce soit, ou à s'impliquer

Formulaire d'adhésion

Nom et prénom :

No de permis C.M.Q.:

Date de naissance :

Tél. (résidence) :

Tél. (pratique) :

Courriel :

Établissement :

Adresse (pratique) :

Je donne librement mon adhésion à l'Association des médecins omnipraticiens de CLSC du Québec et je m'engage à en observer les statuts et les règlements. J'autorise l'Association à agir en mon nom toutes les fois que les intérêts des médecins omnipraticiens ou ceux de la profession l'exigent.

Droit d'entrée **acquitté**.

En foi de quoi, j'ai signé le _____ jour de _____ 20____.

Signature du témoin

Signature du candidat

Veillez compléter ce formulaire et le faire parvenir au secrétariat à l'adresse suivante:

Bureau de l'AMCLSCO à l'attention de Madame Darlène Bond

Mot du président

Appartenance et allégeance à la FMOQ

Sylvain Dion, président, AMCLSCO



Photo: Emmanuèle Garnier / FMOQ

Au cours des derniers mois, notre Fédération a fait l'objet de nombreuses critiques notamment sur les médias sociaux mettant en cause sa gouvernance, sa démocratie et ses choix.

Je profite de la tribune qui m'est offerte par le mot président pour rectifier les faits et vous inviter à être solidaire à la FMOQ qui nous représente depuis plus de 50 ans.

Plusieurs médecins sur les réseaux sociaux, notamment le regroupement Facebook « Contre une dictature en santé », reprochent à la FMOQ d'avoir conclu une entente avec le MSSS et de ne pas avoir tenu de consultations publiques auprès de ses membres.

Ces médecins qui contestent l'autorité de la Fédération, de ses associations et de ses officiers y tiennent de durs propos à leurs égards qui, selon moi, n'ont pas leur place dans un contexte où nous devrions avant tout être solidaires pour répondre aux besoins criants de la population en lien avec notre accessibilité.

Lors du dépôt du PL 20 en 2014, nous étions confrontés à un ministre de la santé qui n'hésitait pas à exprimer son mépris à l'égard de notre profession, et à l'opinion publique qui était loin de nous être favorable.

C'est dans ces eaux troubles que notre Fédération, et ses 19 associations affiliées, ont eues à négocier une entente pour éviter l'application immédiate de la loi 20 et son

report en 2018.

La FMOQ s'est également fait reprocher d'être un organisme qui ne consulte pas, mais qu'en est-il dans les faits?

À la suite du dépôt du PL 20, la FMOQ a tenu avec ses 19 associations affiliées de larges débats sur le sujet. Qui plus est, de par notre structure démocratique les médecins de chaque région du Québec ont eu l'occasion de se prononcer notamment lors de la tenue des différentes assemblées générales annuelles des 19 associations auxquelles le Dr Louis Godin et sa suite participaient et pour lesquelles vous avez été invités.

Cette structure n'est-elle pas représentative de l'espace que ces membres ont pour s'exprimer?

Loin de moi l'idée de museler la critique, au contraire elle doit et elle a sa place dans tous nos débats dans la mesure où elle est constructive, et qu'elle s'accompagne d'une participation de tout un chacun lorsque les instances associatives se réunissent.

Cette critique doit cependant se faire dans le respect, et doit s'appuyer sur des faits avérés.

Quoi qu'il en soit, nous adhérons tous à la FMOQ qui nous représente fièrement depuis plusieurs décennies auprès du MSSS. Le temps des reproches est révolu!

Soyons constructifs, soyons proactifs!

Ainsi, j'exhorte chacun d'entre vous à soutenir la FMOQ et à participer activement dans le respect à sa vie démocratique.

■ Sylvain Dion

Des nouvelles de votre Association

Le membership à l'AMCLSCQ se porte t-il bien ?

Catherine Risi, vice-président AMCLSCQ



Au 15 décembre 2015, l'AMCLSCQ comprenait 949 membres. L'année dernière, nous avons accueilli 33 nouveaux membres dont près du tiers étaient des nouveaux facturants. Par ailleurs, toujours en 2015, 20 médecins

ont quitté notre association dont 33 % parce qu'ils prenaient leur retraite.

Évolution du membership de 2009 à 2015

En 2009, l'AMCLSCQ comptait 975 membres. Lorsque l'on regarde le membership des années 2009 à 2015, on note une certaine stabilité (voir tableau 1). Le nombre de médecins qui a adhéré à l'AMCLSCQ durant ces mêmes années est de 228. Quant au nombre de départ durant cette même période, il a été de 250. Le détail pour le nombre d'arrivées et de départs pour ces différentes années est présenté au tableau 1.

De plus, entre 2009 et 2015, 74 des nouveaux membres étaient des médecins de famille qui débutaient leur pratique ce qui représente 32 % du nouveau membership. Pour la même période, près de 84 médecins ont pris leur retraite soit 33 % des départs.

En conclusion

Face à ces données, oui on peut affirmer que le membership de l'AMCLSCQ se porte bien... mais pour encore combien de temps?

Dans un contexte où le nombre de médecins de famille est en augmentation, avoir une stabilité dans notre membership peut à moyen terme se traduire par une diminution de la proportion des médecins de famille qui

sont membres de notre Association. Les prochaines années seront donc importantes et cela d'autant plus que plusieurs de nos membres arriveront à l'âge de la retraite. Le maintien et le renouvellement de notre membership... des données à surveiller... fort probablement un défi à relever!

Tableau 1. Évolution du nombre de membres de l'AMCLSCQ, 2009-2015

Année	Nombre de nouveaux membres	Nombre de départs	Nombre total de membres
2009	41	23	976
2010	28	19	985
2011	18	40	963
2012	39	40	962
2013	43	61	944
2014	22	29	936
2015	33	20	949

■ Catherine Risi

Avis de recherche



Vous aimeriez en savoir plus sur votre Association, son fonctionnement, sur les mandats de l'Exécutif ou sur les activités syndicales de la FMOQ.

Vous êtes la personne recherchée !!

Contactez nous pour obtenir des détails :

T. :514 875-7412 / C. info@amclscq.org

Assemblée générale annuelle 28 octobre 2016, 13 h 15



Cette rencontre annuelle est une excellente opportunité de vous entendre. Nous serons heureux d'échanger avec vous de vos préoccupations.

28 octobre 2016

Hôtel Alt, 120 rue Peel, Montréal

www.althotels.com / T. 1 855 823-8120

Comme cette période automnale est très achalandée, pour faciliter vos déplacements et votre hébergement, nous avons pris soin de réserver un bloc de chambres.

Pour profiter du tarif préférentiel (149\$ + txs, occ. simple ou double), mentionnez le groupe AMCLSCQ lors de votre réservation.

Élections & mises en candidature

Je vous rappelle que pour solliciter un mandat à l'Exécutif, toutes les candidatures doivent être déposées par écrit.

Pour soumettre votre candidature, il vous suffira de compléter **le bulletin de présentation qui vous sera acheminé avec l'avis de convocation dans les prochaines semaines.**

Il sera aussi possible de déposer votre candidature le jour même, par écrit, sur le formulaire prévu à cet effet avant la tenue des élections.

Au plaisir de vous rencontrer en grand nombre le 28 octobre prochain!

Prix hommage

Le temps est venu de nous soumettre vos candidatures !

Nous vous invitons à nous soumettre dès maintenant le ou les noms des médecins que vous souhaiteriez voir honorés par l'un de nos prix hommage Inukshuk.



Prix hommage Inukshuk Sénior 2016

Le prix hommage Inukshuk **Senior** 2016 sera décerné à un médecin, membre, qui s'est distingué durant sa carrière par son engagement dans la vie syndicale et dans sa pratique auprès de ses patients et de ses collègues.

Les critères d'admissibilité pour cette catégorie sont les suivants :

- ★ Avoir contribué à la vie syndicale et professionnelle.
- ★ Être un modèle reconnu par ses collègues.
- ★ S'être démarqué par ses réalisations.

Prix hommage Inukshuk Junior 2016

Le prix hommage Inukshuk **Junior** 2016 sera décerné à un jeune médecin, membre de l'AMCLSCQ, ayant moins de 10 années de pratique, pour son implication et sa contribution à la vie syndicale en CLSC ou en Santé publique.

Les candidatures :

Les candidatures devront être accompagnées d'une courte description qui inclut les éléments qualifiant vos collègues au prix hommage Inukshuk 2016.

Afin que les **candidatures** soient étudiées, elles doivent être **acheminées** au bureau de l'AMCLSCQ par télécopieur au 514 875-7412 ou encore par courriel à info@amclscq.org **avant le 30 juillet 2016.**

Les prix seront remis le 28 octobre 2016 lors de l'assemblée générale annuelle.

À vous la parole

Les aspects positifs associés à l'entrée des femmes dans la profession médicale

Thuy Phuong La, responsable du bulletin AMCLSCO



Les médias donnent parfois l'impression que les médecins sont à l'origine de tous les maux du système de santé québécois et que la féminisation de la profession est la cause de tous les maux de la médecine. À l'approche de la Journée internationale des femmes l'année passée, la présidente du Conseil du statut de la femme s'attirait les foudres des femmes médecins lors de son appui au PL 20. Il est évident que la loi 20, si elle s'applique, pénalise davantage les femmes que les hommes. Le Dr Louis Godin et la Dre Diane Franceur ont chacun rédigé une lettre ouverte pour dénoncer cette position prise par la présidente du CSF, position qui discrimine un groupe de femmes sous le seul prétexte qu'elles gagnent des revenus élevés.

À l'occasion de la Journée internationale des femmes cette année, c'est un grand plaisir pour moi de vous écrire. Mon article est basé sur une revue de la littérature au sujet des aspects positifs associés à l'entrée des femmes en médecine.

La profession médicale se féminise, c'est un fait non seulement au Québec, mais aussi dans tous les pays occidentaux. Au Québec, ce phénomène s'est accéléré au tournant des années 1970. Les nouveaux médecins étant surtout des femmes (73 % des médecins ayant dix ans d'expérience et moins), la proportion femmes/hommes est désormais équilibrée à 50-50^[1]. En observant les amphithéâtres des facultés de médecine, on peut facilement constater que le corps médical poursuit sa féminisation...

Selon l'étude de la FMOQ, le revenu moyen des femmes médecins est de 174 593 \$ et celui des hommes 220 905 \$. L'écart de revenu est de 24 % pour les médecins ayant 10 ans de pratique et moins, 25 % pour ceux comptant

entre 11 et 19 ans et de 20 % pour ceux totalisant 20 ans de pratique et plus. Il semble que la conciliation travail-famille, notamment, soit davantage du ressort des femmes, et ce, tout au long de leur carrière^[1].

Donc, c'est vrai que les médecins femmes, dans l'ensemble, ont un niveau d'activités inférieur à leurs confrères en volume de service. Dans le contexte du vieillissement de la population, on n'entend parler que de cet aspect « dévalorisant » de la féminisation. Pourtant, la littérature illustre bien que l'arrivée des femmes a entraîné d'innombrables impacts positifs sur la profession.

1. Une médecine plus centrée sur le patient

Les femmes en médecine ont apporté un impact positif dans les façons de dispenser les soins aux patients. Une étude américaine sur les étudiants en médecine a montré que les femmes ont plus d'empathie envers leurs patients^[2]. Dans une méta-analyse sur les différences entre les hommes et les femmes médecins en première ligne, les auteurs ont constaté que de façon générale, les femmes ont plus de facilité à communiquer et peuvent établir de meilleures relations avec leurs patients, ce qui se traduit par une plus grande satisfaction de la clientèle et une plus grande efficacité des interventions thérapeutiques^[3]. Elles ont des aptitudes naturelles qui favorisent l'échange et sont plus sensibles non seulement aux besoins biomédicaux de leurs patients, mais aussi à leurs besoins psychosociaux.

On peut penser que la présence d'un grand nombre de femmes dans la profession a favorisé le développement de l'approche de soin centré sur le patient.

2. Une approche interdisciplinaire des soins

Avec le vieillissement de la population et l'explosion du nombre de patients avec des maladies chroniques, un des grands défis actuels de la profession est de réussir à travailler dans une approche globale et interdisciplinaire du patient.

Le développement du modèle de soin GMF à travers le Québec en témoigne. En général, les femmes semblent avoir plus d'aptitudes pour assurer un « leadership » dans la mise en place et le fonctionnement des équipes^[4]. Le style de communication des femmes permettrait une meilleure verbalisation et une mise en commun des points de vue des différents intervenants. En fait, les données des sondages nationaux des médecins illustrent qu'un plus grand pourcentage des femmes choisit une pratique de groupe ainsi qu'une pratique interprofessionnelle^[5]. Donc, la présence d'un plus grand nombre de femmes dans la profession faciliterait la réorganisation actuelle du système de santé portant sur des pratiques de groupe et des pratiques multidisciplinaires.

3. Une pratique plus holistique et orientée vers la prévention

Les femmes sont plus orientées vers la prévention, elles offrent plus de conseils lors des visites et elles sont davantage impliquées auprès des patients en santé mentale^[6]. C'est un apport positif à souligner dans notre société où la prévalence des maladies en santé mentale est en croissance. Les femmes passent plus de temps avec leurs patients, elles s'occupent de plusieurs problèmes différents dans une même visite et elles prescrivent moins de médicaments^[7]. En fait, de grands groupes de pratique américains ont découvert qu'une proportion importante des patients préfèrent une femme médecin^[8].

De plus, dans l'ensemble, les valeurs des femmes sont plus congruentes avec une utilisation optimale des ressources. Leur utilisation des ressources, leur approche plus holistique, leurs interventions orientées vers la prévention et leur implication auprès des populations défavorisées et des clientèles vulnérables contribueraient à améliorer l'accès aux soins et la qualité des services^[9].

4. Contribution à l'évolution de l'égalité homme-femme

L'arrivée des femmes en médecine a fait évoluer les mentalités. Le phénomène de féminisation a amené les hommes médecins à développer un meilleur équilibre entre le travail et la vie familiale, afin de s'impliquer davantage auprès de leur famille. Un grand nombre d'études ont démontré les effets positifs de l'engagement

paternel sur le développement des enfants. Je vois l'implication de ces jeunes médecins aujourd'hui auprès de leurs enfants, un modèle pour la société.

Colloque sur la féminisation de la profession.

Dans un colloque international, les étudiants et jeunes médecins s'accordent à dire que la féminisation est synonyme de progrès social. Les femmes et les hommes présents au colloque accordent la même foi en l'existence des caractéristiques innées féminines, qui revêtent pour eux une valeur positive. Plusieurs étudiants et médecins interrogés pensent également que les médecins femmes sont plus aptes que les hommes à s'occuper de leurs patientes mères et de leurs enfants du fait de leur expérience en tant que mères^[10].

Un fait indiscutable est que les femmes ne doivent pas leur légitimité dans la profession médicale uniquement à des caractéristiques innées, mais à une longue lutte pour prendre leur place au sein d'une profession hautement masculine.

Réflexions sur les aspects moins positifs...

Plusieurs critiquent que l'offre de service des jeunes médecins soit moindre que celle des générations précédentes. Il faut rappeler que la réalité familiale était autrefois bien différente. Avec une épouse au foyer pour gérer la maison et les soins aux enfants, il leur était bien plus facile de consacrer un très grand nombre d'heures au travail. Très peu de médecins femmes ont le luxe d'avoir un conjoint qui est prêt à mettre sa carrière entre parenthèses pour laisser leur femme se donner complètement à leur vie professionnelle. Parallèlement, les jeunes médecins hommes ne peuvent plus faire des semaines de 60 heures, car la plupart ont une conjointe qui travaille et qui s'attend aussi à une plus grande implication dans la sphère familiale.

Revenons sur le fait que l'offre de services des femmes médecins est en moyenne inférieure à celle des hommes. Même dans la société québécoise actuelle qui valorise l'égalité entre les hommes et les femmes, la double journée retombe généralement encore sur les épaules de la femme, qu'elle soit médecin ou non. D'être dans une profession avec des exigences élevées, les mères médecins se sentent souvent

<< suite page 8 >>

Suite - à vous la parole

Les aspects positifs associés à l'entrée des femmes dans la profession médicale

déchirées entre leur responsabilité sociale et leur responsabilité parentale.

Les femmes ont dû s'adapter, dans une société où l'égalité homme-femme évolue beaucoup plus lentement, aux conditions de travail d'un médecin. Je le vois bien autour de moi, lorsque les enfants sont malades c'est souvent la femme médecin qui prend une journée de congé plutôt que son conjoint qui exerce dans une autre profession. Il est encore mal vu dans beaucoup de milieux qu'un homme s'absente de son travail pour son enfant malade ou s'absente d'une réunion en fin d'après-midi pour d'aller chercher ses petits à la garderie. Comment vivre en harmonie les deux vies, professionnelles et personnelles? Voilà une des plus grandes préoccupations des étudiants et des jeunes médecins.

Je vous invite à lire « **La conciliation travail-famille : le défi des mères médecins** » par les auteures affiliées au département de médecine sociale et préventive de l'Université de Montréal, publié peu de temps après l'arrivée du PL 20 [11]. Les auteures reconnaissent la réalité des mères médecins et des énormes sacrifices qu'elles doivent faire. Elles comprennent également que pour ces femmes les exigences particulières liées à leur travail et au rôle traditionnel auquel elles sont confrontées sont une source de tension pouvant être à l'origine d'une détresse psychologique, et que l'impact de cette détresse sur les enfants est majeur. Comme médecin et mère, il me réchauffe le cœur de lire leurs mots de remerciement. Les auteurs tiennent à remercier tous les médecins qui, par leur engagement envers la profession médicale et auprès de leurs enfants, contribuent à améliorer la société d'aujourd'hui et à préparer celle de demain.

Références :

1. Isabelle Paré, FMOQ. Le profil de pratique des médecins omnipraticiens québécois 2010-2011 : <https://www.fmoq.org/pratique/enseignement-et-recherche/profil-de-pratique-des-medecins-omnipraticiens-quebecois-2010-2011/>
2. Hojat M, Gonnella JS, Mangione S, Nasca TJ, Veloski JJ, Erdmann JB, et al. Empathy in medical students as related to academic performance, clinical competence and gender. Medical Education. 2002 Jun : https://www.researchgate.net/publication/11325202_Empathy_in_Medical_Students_as_Related_to_Academic

Performance Clinical Competence and Gender

3. Roter DL, Hall JA, Aoki Y. Physician Gender Effects in Medical Communication: A Meta-analytic Review. JAMA. 2002 : <https://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=195191>
4. A Woolley, T Malone. What makes a team smarter? More women. Harvard business review 89. 2011 : https://www.researchgate.net/publication/51453001_What_makes_a_team_smarter_More_women
5. Sondage national des médecins 2014 . Collège des médecins de famille du Canada , Association médicale canadienne , Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada : <http://nationalphysiciansurvey.ca/wp-content/uploads/2014/08/2014-National-FR-Q5i.pdf>
6. Sondage national des médecins 2010 . Collège des médecins de famille du Canada , Association médicale canadienne , Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada : <http://nationalphysiciansurvey.ca/wp-content/uploads/2012/08/2010-NationalFP-Q15-FR.pdf>
7. Hedden L, Barer ML, Cardiff K, McGrail KM, Law MR, Bourgeault IL. The implications of the feminization of the primary care physician workforce on service supply: a systematic review. Human Resources for Health. 2014: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4057816/>
8. More, E. S., Greer, M.J. American women physicians in 2000: A history in progress. Journal of the American medical women's association. 2000 : http://escholarship.umassmed.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1050&context=lib_articles
9. Contandriopoulos A, Fournier MA. Féminisation de la profession médicale et transformation de la pratique au Québec. Étude réalisée à la demande de l'Association Médicale du Québec. Université de Montréal. Novembre 2007: http://www.amq.ca/fra/PDF/feminisation_final.pdf
10. Sophie Divay. Incidences de la féminisation de la profession de médecin en France sur le rapport au travail des étudiants-e-s et des jeunes généralistes. Colloque international organisé par le CLERSE, 23-24 novembre 2006, Lille, "Travail - Emploi - Formation Quelle égalité entre les hommes et les femmes?", Nov 2006, Lille, France : <https://hal.archives-ouvertes.fr/halshs-00270563/document>
11. Claude Johnson, Vardit Ravitsky. La conciliation travail-famille : le défi des mères médecins. Programmes de bioéthique, Département de médecine sociale et préventive, École de santé publique de l'Université de Montréal. 2015 : <http://bioethiqueonline.ca/4/12>
12. <https://www.fmoq.org/affaires-syndicales/communications/lettres-ouvertes/lettre-a-la-presidente-du-conseil-du-statut-de-la-femme-concernant-le-projet-de-loi-20/>
13. http://www.ledevoir.com/documents/pdf/lettre_csf_fmsq.pdf

■ Thuy Phuong La

La gestion de l'invalidité



28 octobre 2016



âgées : comment « déprescrire » ?

La polypharmacie chez les personnes



Le concept de santé durable



L'usage des drogues

Demi-journée annuelle de formation médicale continue*

Pour vous inscrire : 514 875-7412 ou à info@amclscq.org

Voici le temps venu pour l'Association des médecins de CLSC du Québec (AMCLSCQ) de vous inviter à sa demi-journée de développement professionnel continu.

Où et quand : Hôtel Alt, Montréal le 28 octobre 2016 de 8 h 30 à midi

Quatre excellentes conférences y seront présentées :

Volet général :

Conformément à l'étude des besoins, deux excellentes conférences y seront présentées :

- ★ ★ La gestion de l'invalidité
- ★ ★ La polypharmacie chez les personnes âgées : comment « déprescrire » ?

Volet Santé publique

En marge du volet général, les formations suivantes seront aussi disponibles en matinée :

- ★ ★ Le concept de santé durable
- ★ ★ L'usage des drogues

* Suivra en après-midi l'assemblée générale annuelle de l'AMCLSCQ

La sexualité

La carte olfactive

Élaine Bérubé, collaboratrice, AMCLSCO



J'ai toujours pensé que dans la recherche d'un(e) partenaire sexuel les femmes étaient plus olfactives et les hommes plus visuels. Mais l'un n'exclut pas l'autre évidemment. Un beau monsieur qui sent bon, eh bien, pour moi, c'est plus qu'attractif, c'est même excitant!

L'industrie du parfum le sait et l'exploite bien! À coups de milliards par année! Moi, la maniaque du parfum (oui, j'avoue en avoir près de cent bouteilles dans mon armoire) je me suis mise à la lecture de ce sujet. L'olfaction, les phéromones... un vaste domaine qui est encore très peu connu à ce jour.

Les études ont prouvé à plusieurs reprises que la femme a un sens d'odorat plus développé que celui de l'homme. Sur le plan anatomique, à masse égale, le bulbe olfactif féminin contient 43 % plus de cellules nerveuses que son confrère masculin. De plus, il est modulé constamment par le milieu hormonal. Juste à penser à notre patiente enceinte qui a la nausée avec certaines odeurs, on le voit bien en clinique. Et l'ovulation multiplie l'olfaction par dix! La période de chasse pour LE partenaire. On sait aussi que cette capacité de sentir s'altère avec certaines maladies, dont les maladies de Parkinson et d'Alzheimer.

Le nez serait capable de percevoir près d'un trillion d'odeurs différentes. Encore là, la femme serait plus habile à identifier, discriminer et mémoriser les odeurs. Mais à ma grande surprise, j'ai appris que les phéromones sont inodores!! Ces molécules sont sécrétées principalement dans les aisselles et organes génitaux chez les humains. Ces particules aériennes seraient perçues par notre bulbe olfactif accessoire, le voméronasal. Cet organe est quasi absent et rudimentaire, dans la portion antérieure du nez. Il est directement connecté à l'hypothalamus sans passer par le bulbe olfactif principal. L'odeur, en général, va directement à la zone des

émotions du cerveau. L'olfaction est finalement toute une expérience corporelle, car elle produit un effet inconscient important. Avec l'ouïe, l'olfaction est un sens toujours activé, jamais fermé.

Dr Alan Hirsch, neurologue et psychiatre de Chicago, est un spécialiste mondial du nez. Ses études ont démontré que les odeurs modifient le comportement humain. Ainsi, de mauvaises odeurs nous rendent plus agressifs, certaines nous calment et d'autres peuvent même améliorer notre performance. Alors quand on dit : « lui, je ne peux pas le sentir », il est possible que l'on soit agressé. D'autres études avancent que peut-être la génétique de cette personne est trop similaire à la nôtre, conclusion : ce candidat n'est pas un bon choix pour la reproduction. Il est possible que cette personne dégage une odeur par le stress de notre présence et exprime son propre inconfort. Qui sait?

Cela étant dit j'arrive à la carte olfactive. Cette carte « imaginaire » un peu comme notre « lovemap » nous apporterait différentes émotions et sensations selon la zone humée chez notre partenaire. Pour discuter, ouvrir le dialogue, il suffirait de renifler la paume de ses mains. Pour obtenir du réconfort, il faut loger notre nez dans son cou ou entre ses seins. Respirer sa chevelure nous aiderait à nous remonter le moral. Pour l'affection, l'aisselle est choisie et évidemment l'excitation sexuelle arriverait par l'odeur dégagée des organes génitaux. Vrai? Je n'en sais rien.

Scientifiquement, le monde des odeurs est mystérieux. De plus, il est très difficile à analyser tant il est complexe et multifactoriel. Il fait appel à notre cerveau primitif et l'instinct. Il touche au monde des souvenirs, des émotions, des comportements et de la reproduction. Indéniablement, il demeure primordial à notre survie en tant qu'individu et espèce animale.

Vous venez de lire mon dernier article. Ce fut passionnant de faire toutes ces lectures et de vous en informer. Je quitte notre publication et vous souhaite une belle longue vie... sexuelle! ■

Élaine Bérubé

Mes chers collègues

Maudit cancer à marde !

Michel Crépeau, collaborateur, AMCLSCO



Photo: Emmanuelle Garnier / FMOQ

Trouvez-vous qu'il y en a beaucoup de cancers? Moi si! Par exemple, tenez; madame chose, soixante-huit ans, jamais fumé, mange bien, fait de l'exercice, un bon mari, de bons enfants, une retraite agréable après une carrière réussie, la Floride

en hiver, le golf l'été, baise encore un peu et vlan, une petite bosse au cou. Fatiguée, sueurs nocturnes, diagnostic; un lymphome, un mauvais, un dur. La belle grande dame perd ses cheveux, vomit, mais s'en sort. Pour combien de temps?

Et puis cet autre patient à peine plus âgé qu'elle qui se tape une thrombophlébite profonde. Investigation négative. Pas de néo à l'horizon. Ouf! La vie reprend. Il mourra neuf mois plus tard d'un cancer du pancréas passé sous le radar de nos investigations. Le cancer a galopé bien entendu. La chimio n'y a rien fait.

C'est la petite Chloé qui me chagrine le plus. Dix ans, pâle, mal au ventre, épuisée comme on ne l'est pas à son âge. La formule sanguine n'augurait rien de bon. Une leucémie aiguë. L'hématologue de garde en pédiatrie m'avait averti. Pas question de l'appeler pour une autre leucémie à l'urgence. Il ne viendrait pas. Il n'en pouvait plus de voir souffrir des enfants, il n'en pouvait plus de les voir mourir. Il n'est pas venu. J'en ai appelé un autre. L'enfant a survécu au premier épisode. Pas au deuxième. Maudit cancer à marde.

Jean-Paul, vous souvenez-vous de Jean-Paul, ce collègue dont je vous ai déjà parlé? Pas si vieux, mon âge à peine. Un cancer de la prostate, pas si rare hein! Une chirurgie pas si mutilante après tout. Il deviendra impuissant. Et alors, combien

d'hommes le sont à cet âge et pour toutes sortes de raisons. Et combien d'hommes ne sont jamais traités pour leur « petit cancer de la prostate à évolution très lente »? Pas si grave. Et bien Jean-Paul y a goûté parce que le « petit cancer de la prostate » s'est vite trouvé un chemin vers les os. Et les os ça fait mal en chien quand les métastases y font leur nid. Radiothérapie, hormonothérapie, chimiothérapie. Pas si rares tous ces traitements.

Alors, mon ami Jean-Paul s'est trainé, s'est relevé, et nous irons chasser l'oie blanche l'automne prochain. À moins que...

Une chance sur deux dit-on. À qui le tour mes chers collègues? ■

Michel Crépeau

Bienvenue aux nouveaux adhérents

Nous avons le plaisir de vous présenter les membres qui ont rejoint les rangs de l'AMCLSCO au cours des derniers mois. L'AMCLSCO joue un rôle important au sein de la FMOQ et **nul doute qu'un membership élargi y renforcera davantage notre position et nous permettra de mieux vous défendre!**

- ★ 15550 Brunet, Mathieu
- ★ 15567 Camus, Gaëlle
- ★ 15567 Capelle, Carolina
- ★ 07008 Delisle, Émilie
- ★ 01303 Deschambault, Jean
- ★ 14351 Drouin, Stéphanie
- ★ 15865 Frunza, Oana Catalina
- ★ 15338 Kireva, Ludmila
- ★ 15555 Laverdière, Julie
- ★ 88007 Le, Phu Tao
- ★ 14465 Lepage, Mélanie
- ★ 15785 Pham, Le Phuong Quynh
- ★ 08436 Pop, Aida-Marcela
- ★ 02010 Veilleux, Marie-Christine

La fiscalité et les médecins de l'AMCLSCO

Est-il nécessaire de faire un testament ?

Conseil et Investissement Fonds FMOQ inc., collaborateur, AMCLSCO



Juillet 2014

Conjoints de fait depuis 10 ans, Caroline et Guy

ont deux enfants mineurs. Comme ils n'ont pas de testament, au décès de l'un d'eux, tous les biens de ce dernier seront transmis exclusivement aux deux enfants. Si les conjoints sont alors propriétaires d'une maison, la part du défunt sera transmise aux deux enfants qui en deviendront propriétaires avec le conjoint survivant. Si la valeur des biens légués à chaque enfant mineur est supérieure à 25 000 \$, plusieurs règles de la tutelle aux biens du mineur devront obligatoirement être mises en application pour la protection des enfants, ce qui pourrait être évité avec un testament fiduciaire. La transmission de certains biens aux enfants pourra aussi se traduire par des impôts sur le revenu, une situation qui pourrait aussi être évitée si ces biens étaient plutôt transmis au conjoint survivant.

Au Québec, lorsqu'une personne meurt sans testament, le Code civil prévoit que les biens sont légués dans les proportions suivantes : un tiers au conjoint marié (ou uni civilement) et deux tiers aux enfants. S'il n'y a pas de conjoint légal, tous les biens sont transmis aux enfants. S'il n'y a pas d'enfant, les biens sont transmis comme suit : deux tiers au conjoint légal et un tiers à la parenté du défunt. S'il n'y a pas de conjoint légal ni d'enfant, les biens sont alors transmis à la parenté du défunt. En l'absence de testament, le conjoint de fait ne peut jamais hériter, quelle que soit la durée de la relation et qu'il y ait des enfants ou non.

Le testament permet de s'assurer que des biens sont transmis conformément aux volontés du défunt. Il en existe trois formes. Les deux premières sont :

- ★ le testament olographe, qui doit être écrit à la main, daté et signé;

- ★ le testament devant témoins, qui peut être rédigé électroniquement, mais qui doit être daté, attesté par deux témoins, paraphé à chaque page et signé par le testateur (personne qui fait le testament) et les deux témoins.

À la suite du décès, ces deux testaments doivent être vérifiés par le tribunal ou par un notaire.

La troisième forme de testament est le testament notarié, qui est reçu par un notaire assisté d'un témoin. Ce testament est conservé de façon sécuritaire par le notaire (qui peut émettre des copies authentiques) et automatiquement inscrit au Registre des dispositions testamentaires de la Chambre des notaires du Québec. Il n'a pas à être vérifié et est plus difficile à contester.

Il faut savoir que la préparation d'un testament peut être également confiée à un avocat qui, le cas échéant, l'inscrit au Registre des testaments du Barreau du Québec.

Puisque ces trois types de testaments ont la même valeur juridique, c'est le plus récent qui a priorité, quelle qu'en soit la forme. Ceci signifie qu'un testament olographe peut modifier ou annuler un testament notarié fait antérieurement.

Il faut noter qu'un mineur ne peut pas faire de testament, sauf pour des biens de peu de valeur.

Bien que le testament vise le cas où tous les légataires sont vivants au moment du décès du testateur, il permet aussi de prévoir divers autres scénarios. Par exemple :

- ★ si le légataire meurt avant ou le testateur ou en même temps que ce dernier, le legs peut être dévolu aux enfants de ce légataire ou à tout autre remplaçant;
- ★ au décès d'un légataire ayant reçu son legs, les biens seront transmis à une autre personne (substitution testamentaire). La

transmission des biens n'est ainsi pas assujettie au testament du légataire.

Un testament peut prévoir un legs en fiducie au bénéfice d'une ou de plusieurs personnes. La fiducie testamentaire permet ainsi que les biens légués soient gérés par un ou plusieurs fiduciaires au nom des bénéficiaires. Le testateur s'assure d'un contrôle sur les biens après son décès, comme dans les cas suivants :

- ★ legs à un enfant mineur, pour éviter notamment les règles de la tutelle aux biens du mineur;
- ★ legs au conjoint, mais sous réserve qu'à son décès les biens soient transmis aux enfants issus d'une union antérieure;
- ★ legs à une personne handicapée mentalement;
- ★ legs à une personne susceptible de dilapider les biens légués ou d'être insolvable;
- ★ legs d'un bien qui doit demeurer dans la famille (comme un chalet).

Le testament fiduciaire prévoit les modalités de versement aux bénéficiaires quant aux revenus et au capital de la fiducie, selon leurs besoins et à des âges prédéterminés, de même que la nomination d'un remplaçant si le bénéficiaire décède avant le testateur ou après être devenu un bénéficiaire. La fiducie testamentaire permet aussi à ses bénéficiaires de profiter de certains avantages fiscaux en ce qui concerne les revenus de la fiducie.

Le testament offre l'avantage de pouvoir réduire les incidences fiscales applicables au défunt à l'égard de certains legs, comme dans le cas d'un régime enregistré d'épargne-retraite (REER), d'un fonds enregistré de revenu de retraite (FERR), d'un régime de retraite et de tout bien ayant accumulé une plus-value. En effet, les legs à un conjoint légal (ou de fait) et les legs de REER, FERR et régimes de retraite faits à des enfants à charge permettent d'éviter les impôts sur le revenu qui seraient autrement payables au décès du testateur.

Le testament peut également prévoir ce qui suit :

- ★ la nomination d'un liquidateur chargé de gérer la transmission des biens successorales selon les volontés du testateur; le testament

devrait spécifier que le liquidateur a le pouvoir d'effectuer diverses planifications et divers choix afin de réduire au minimum les incidences fiscales pour la succession et les héritiers;

- ★ la désignation d'un tuteur pour les enfants mineurs, dans le cas du dernier parent à décéder;
- ★ un legs à un organisme de bienfaisance;
- ★ la prise en charge, par un légataire à titre particulier, de certaines dettes de la succession directement liées au bien légué (par exemple, tout impôt sur le revenu payable par la succession à l'égard de la transmission du bien et toute dette hypothécaire qui grève ce bien); à défaut, ce légataire héritera du bien libre de toute dette, qui sera plutôt remboursable à même le bien transmis au légataire universel;
- ★ dans le cas de conjoints mariés (ou unis civilement), l'assujettissement du legs au conjoint à une renonciation à ses droits dans le partage du patrimoine familial et du régime matrimonial;
- ★ la nomination d'un nouveau titulaire d'un régime enregistré d'épargne-études (REEE);
- ★ le legs du compte d'épargne libre d'impôt (CELI) au conjoint légal (ou de fait) afin de maintenir les avantages fiscaux sans toucher aux droits de cotisation.

Bien qu'il soit primordial de rédiger un testament, plusieurs éléments peuvent avoir une incidence sur la transmission des biens au décès :

- ★ un contrat de mariage (ou d'union civile) qui comporte une clause testamentaire en faveur du conjoint légal, qu'elle soit révocable ou irrévocable;
- ★ le partage du patrimoine familial et du régime matrimonial entre la succession et le conjoint légal;
- ★ l'application possible à la succession des règles sur les pensions alimentaires et sur la prestation compensatoire;
- ★ toute loi désignant un bénéficiaire (conjoint légal ou de fait) au décès du détenteur d'un

<< suite page 14 >>

Suite - La fiscalité et les médecins de CLSC

d'un régime de retraite, d'un compte de retraite immobilisé (CRI), d'un REER immobilisé ou d'un fonds de revenu viager (FRV);

- ★ le versement d'une prestation à la suite du décès d'un cotisant en vertu du Régime des rentes du Québec (RRQ);
- ★ toute désignation de bénéficiaire au décès du détenteur d'une assurance vie ou d'un contrat de rente (payable à un bénéficiaire désigné ou à la succession), qu'elle soit révocable ou irrévocable;
- ★ un contrat relatif à la détention conjointe d'un bien;
- ★ une convention d'actionnaires relative à la détention d'actions d'une société par actions privée;
- ★ une fiducie entre vifs;
- ★ un testateur déjà bénéficiaire d'une fiducie testamentaire ou détenteur d'un bien grevé d'une substitution;
- ★ le divorce, la séparation de corps et la dissolution de l'union civile qui ont généralement pour effet de rendre caducs tout legs fait au conjoint légal et toute désignation du conjoint légal dans une police d'assurance vie (ou un contrat de rente).

Il est à noter que la transmission de biens en cas de décès, par testament ou autrement, devrait être revue périodiquement ou advenant un changement important, comme une modification de statut matrimonial, la naissance ou la majorité d'un enfant, le décès ou l'incapacité d'un légataire, un changement à la loi, etc.■

Annoncez-vous!**Coût de parution****Noir & Blanc**

1/2 page125.00 \$
Pleine page225.00 \$

Couleur

1/2 page175.00 \$
Pleine page275.00 \$

Pour réserver votre espace:

Contactez Mme Darlène Bond
514 875-7412 ou info@amclscq.org

LE JEU CONTRE LA GUERRE**AIDEZ-NOUS****À ENCHANTER****LA VIE D'ENFANTS SYRIENS
DANS LES CAMPS DE RÉFUGIÉS**

Enfants syriens au camp de Za'atari, en Jordanie - Khalil Mazraawi / AFP / Archives

Partout dans le monde, des enfants vivent dans des conditions difficiles, notamment dans les camps de réfugiés syriens.

Bien que leur séjour devrait y être temporaire, de nombreuses familles y demeurent plusieurs années, dans des conditions précaires de logement et d'alimentation, avec peu ou pas d'accès à l'éducation et aux soins de santé de base.

Pourtant, les enfants de ces camps continuent de jouer. Le jeu est cette activité spontanée, volontaire et gratifiante sans laquelle un enfant ne peut se développer harmonieusement.

La **Fondation JE VEUX JOUER** a pour mission d'offrir à des enfants dans les camps à la frontière de la Syrie des espaces de jeu ainsi que des outils de diffusion et de production de contenus cinématographiques en collaboration avec l'ONF et l'organisation Wapikoni mobile.



Merci de contribuer à financer la construction d'espaces récréatifs et éducatifs dans un camp de réfugiés syriens conçus en collaboration avec Les Architectes de l'urgence et de la coopération (AUC) :

www.jeveuxjouer.org

Sondage

Bulletin de l'Association Quelles sont vos préférences

Votre opinion est importante pour nous !

Afin d'orienter la production de nos prochaines publications du bulletin, nous aimerions connaître vos préférences :

1. Quel format préféreriez-vous?

- Bulletin papier
- Bulletin informatique
- Bulletin papier et informatique

2. À quelle fréquence souhaitez-vous recevoir le bulletin?

- 1
- 2
- 3
- 4

3. Quand souhaitez-vous recevoir le bulletin ?

	Votre 1 ^{er} choix	Votre 2 ^e choix
Printemps	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Été	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Automne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hiver	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. Qu'aimeriez-vous que nous traitions dans nos bulletins ?

- Actualité médicale
- Activités syndicales AMCLSCQ/FMOQ
- Facturation
- Finances/Assurances
- Préparation à la retraite
- Bilan des membres
- Vie et voyage

5. Quelles améliorations voudriez-vous y apporter?

6. Seriez-vous intéressé à écrire pour le bulletin?

- Oui** Indiquez votre nom : _____
- Non

7. Si oui, quel serait le sujet de votre chronique?

Pour les plus technos, une version informatique est également disponible :
https://fr.surveymonkey.com/r/Bulletin_AMCLSCQ.

Toutes vos réponses seront compilées. **Un seul questionnaire par participant est donc nécessaire !**

Merci de votre précieuse collaboration !

Prrière d'acheminer vos questionnaires complétés par courriel à info@amclscq.org
ou par télécopieur au 514 875-9365

La santé publique et vous

Le virus Zika, une urgence de santé publique !

Louise Lambert, collaboratrice, AMCLSCO



L'épidémie liée au virus Zika a été un sujet « chaud » cet hiver! Plusieurs femmes enceintes se sont questionnées, avec raison, sur le risque des destinations soleil et vous ont peut-être demandé votre avis. Vous sentez-vous bien informé?

Cette épidémie a débuté en 2014 au Brésil. Un nombre grandissant de pays rapporte une transmission locale. Des cas importés sont identifiés dans tous les continents. L'Agence de santé publique du Canada dénombre les cas canadiens de virus Zika liés à des voyages. En date du 29 mars, 33 cas avaient été signalés. Au Canada comme au Québec, les espèces de moustiques identifiées comme vecteurs ne sont pas présentes, il n'y a donc pas de risque de transmission locale.

Les autorités de santé publique ont le mandat d'identifier, de surveiller et de contrôler les menaces à la santé de la population. L'infection par le ZIKV, un flavivirus, est une menace émergente mondiale. Le Directeur général de l'OMS a déclaré le 1er février 2016 qu'il s'agissait d'une urgence de santé publique de portée internationale, étant donné le risque accru d'atteintes neurologiques graves, entre autres, de microcéphalie et de Guillain-Barré et les particularités des modes de transmission : par des moustiques très répandus mondialement (*Aedes aegypti*), par une transmission materno-foetale et, plus rarement, par une transmission par le sperme et par le sang.

Les autorités de santé publique soutiennent les cliniciens et les professionnels de la santé en relayant les informations pertinentes, particulièrement sur les conseils préventifs, la vigilance clinique, l'investigation de laboratoire, la biovigilance et les ressources relatives au

suivi des femmes enceintes.

L'encéphalite à virus Zika est une MADO dans la catégorie encéphalite à arbovirus. Les autres infections causées par le virus Zika ne sont pas à déclaration obligatoire, mais afin d'étudier l'ampleur, l'expansion et les impacts de cette épidémie nouvelle et inquiétante, tous les résultats positifs confirmés par le laboratoire pour le virus Zika sont signalés au directeur de santé publique (DSP). Une enquête épidémiologique est effectuée dans tous les cas.

Aspects cliniques

La période d'incubation est de 5 à 12 jours. L'infection est asymptomatique dans 75 % à 80 % des cas. La majorité des cas cliniques ont une atteinte bénigne dont la durée habituelle est de 2 à 7 jours. Les symptômes les plus fréquents sont une éruption maculo-papulaire (90 %), une fièvre légère ou modérée (60 %), des myalgies, des arthralgies, des douleurs oculaires ou une conjonctivite non purulente. Ces manifestations cliniques bénignes sont similaires et généralement moins graves que celles de la dengue (flavivirus), du Chikungunya (alphavirus) et même de l'infection par le VNO (flavivirus). La malaria, la rougeole, la rubéole et d'autres infections font aussi partie du diagnostic différentiel.

On connaît peu ce virus. Son neurotropisme est toutefois plus affirmé. Un cas de myélite aiguë et un cas de méningo-encéphalite ont été décrits. Une augmentation des cas de Guillain-Barré associés à l'infection à ZIKV est observée dans plusieurs pays. Les résultats préliminaires d'études orientent vers des complications neurologiques et un risque accru d'issues négatives de la grossesse : mort in utero, insuffisance placentaire, anomalie de la croissance foetale, séquelles du SNC dont la microcéphalie et l'encéphalite. Parmi les cas étudiés, l'infection semble être transmissible dans tous les trimestres de la grossesse. On présume que

ce risque est le plus élevé durant le premier trimestre de la grossesse et au début du second, mais cela reste à confirmer.

Il n'y a pas de vaccin disponible ni de traitement spécifique actuellement. Des traitements de support sont requis selon l'état clinique. On peut présumer que l'immunité reliée à la présence d'anticorps neutralisants après l'infection est de longue durée, en extrapolant à partir d'autres arboviroses.

Mesures préventives

Moustiques

Prévenir les piqûres de moustiques dans les pays/régions où la transmission autochtone est présente, en suivant les recommandations canadiennes concernant les insectifuges (DEET, icaridine).

Dons biologiques

Il est généralement recommandé d'attendre une période de 30 jours avant de faire un don de sang, de sperme, d'organes ou de tissus après un voyage dans un pays touché ou susceptible de l'être. Certains organismes ont émis des recommandations plus précises et indiquent des périodes plus courtes, sujettes à changement.

Prise en charge et suivi des femmes enceintes ou désirant le devenir et leur partenaire sexuel

Les experts canadiens et québécois recommandent aux femmes enceintes et à celles qui prévoient le devenir d'éviter tout voyage qui n'est pas nécessaire dans un pays où la transmission du virus est active et dans les pays des régions tropicales et subtropicales où le virus a le potentiel de circuler. Un counseling prévoyage individuel est recommandé. Si le voyage ne peut être retardé : 1) appliquer strictement durant tout le séjour des mesures préventives des piqûres de moustiques, 2) éviter de devenir enceinte durant le séjour par le port du condom lors des relations sexuelles et 3) éviter de devenir enceinte durant les 3 mois suivants le retour.

Si le partenaire masculin a voyagé dans une zone considérée actuellement comme ayant des conditions propices à une transmission élevée et soutenue du virus Zika, il est

raisonnable qu'il utilise le condom durant une période d'environ six mois avant d'essayer de devenir enceinte.

Pour le partenaire sexuel d'une femme enceinte, il est conseillé d'utiliser le condom durant toute la durée de la grossesse, par mesure de précaution.

Les femmes enceintes doivent être dirigées vers leur médecin obstétricien ou traitant afin d'évaluer leur risque d'avoir été infectées. Les experts de l'hôpital Sainte-Justine ont émis des recommandations précises sur l'évaluation et la prise en charge des femmes enceintes exposées ou infectées. Les Recommandations pour les professionnels de la santé : prévention et dépistage de l'infection par le virus Zika chez la femme enceinte ou désirant le devenir et son partenaire sont disponibles en ligne http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/zika/documents/zika_chu.pdf.

Diagnostic de laboratoire

Le LSPQ a mis à jour ses directives pour le diagnostic de laboratoire de l'infection par le ZIKV (2016-02-16) : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/lspq/annonce_virus_zika_mise_a_jour_version2.pdf.

Indications de tester

- ★ Voyageur (se) asymptomatique ou rede venu (e) asymptomatique : le test n'est généralement pas justifié.
- ★ Voyageur (se) symptomatique : le test peut être indiqué afin d'établir un diagnostic plus précis. La dengue et le chikungunya circulant dans les mêmes régions, un diagnostic sérologique des 3 virus peut être envisagé.
- ★ Femme enceinte : recommandation de consulter son médecin obstétricien. Des recommandations d'investigation et de prise en charge particulières s'appliquent (voir section précédente).

Informations à transmettre au laboratoire, obligatoire pour son admissibilité!

Dates du voyage (arrivée-départ), lieux visités, date du début des symptômes et manifestations cliniques.

Épreuves disponibles :

RT-PCR Sur le sérum : jusqu'à 7 jours après le

<< suite page 18 >

Suite - La santé publique et vous

début des symptômes; sur l'urine : jusqu'à 10 jours après le début des symptômes. Le PCR peut aussi être effectué sur le liquide céphalo-rachidien (LCR), le liquide amniotique et le tissu placentaire, après entente avec le LSPQ.

Sérologie 1er prélèvement : pas avant 7 jours après le début des symptômes; 2e prélèvement : 1 à 2 semaines après le 1er prélèvement. Un test EIA de dépistage des IgM positif doit être confirmé par une épreuve PRNT car les personnes déjà infectées par des flavivirus (dengue, VNO) ou qui sont vaccinées contre de tels virus (fièvre jaune, encéphalite japonaise) pourraient présenter une réactivité croisée. Ces épreuves nécessitent plusieurs semaines et peuvent être difficiles à interpréter.

Liens utiles :

Conseils reliés aux voyages et à la prévention des piqûres de moustiques

MSSS : <http://sante.gouv.qc.ca/conseils-et-prevention/se-proteger-des-piqures-de-moustiques/>

ASPC : <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/12vol38/acs-dcc-3/assets/pdf/acs-dcc-3-fra.pdf>

Comité consultatif de la médecine tropicale et de la médecine des voyages (CCMTMV/CAT-MAT) : http://www.canadiensante.gc.ca/publications/diseases-conditions-maladies-affections/committee-statement-treatment-prevention-zika-declaration-comite-traitement-prevention/index-fra.php?id=zika_virus_16_phac_catmat

Infection par le virus Zika

MSSS Pour les professionnels de la santé - Virus Zika : <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/zika/>

ASPC Page principale Virus Zika : <http://canadiensante.gc.ca/diseases-conditions-maladies-affections/disease-maladie/zika-virus/index-fra.php>

ASPC Pour les professionnels de la santé- Virus Zika: http://canadiensante.gc.ca/diseases-conditions-maladies-affections/disease-maladie/zika-virus/professionals-professionnels-fra.php?id=health_prof

ASPC Surveillance Virus Zika : <http://canadiensante.gc.ca/diseases-conditions-maladies-affections/disease-maladie/zika-virus/surveillance-fra.php?id=zikacases#s1>

OMS : <http://www.who.int/topics/zika/>

OMS Rapports de situation : <http://www.who.int/emergencies/zika-virus/situation-report/en/> ■

Louise Lambert, M.D. M.Sc.
Direction de santé publique de la Montérégie

À vos agendas !

Tournoi de golf au profit du PAMQ

Lundi 25 juillet 2016



En soutien au PAMQ, l'AMCLSCQ offre la possibilité à ses membres de gagner l'un des trois (3) **laissez-passer** au tournoi de golf au profit du PAMQ, formule Vegas.

Que vous soyez un golfeur émérite ou un laboureur de fin de semaine, n'hésitez pas à **participer au tirage de l'un des forfaits golf offerts par l'AMCLSCQ** (valide pour 1 personne).

Inscrivez-vous avant le 28 juin auprès de Mme Bond et **courez la chance de gagner votre laissez-passer** (1 inscription / personne).

Le tournoi se tiendra au Club de golf le Mirage à Terrebonne, formule vegas!

T. 514 875-7412 ou C. info@amclscq.org

Le tirage sera effectué le 8 juillet 2016, midi

Prochaine formation du réseau de DPC de la FMOQ



Et si c'était vous !

Pour ceux et celles qui ont manqué les précédentes formations ou qui souhaiteraient devenir un responsable de formation certifié dans son milieu, la FMOQ tiendra d'autres formations en 2016.

Communiquez avec Mme Darlène Bond au 514-875-7412 ou encore par courriel à darlenebond@amclscq.org pour signifier votre intérêt!

Le bulletin



Responsable du bulletin : Dre Thuy Phuong La
Coordination & infographie : Mme Darlène Bond

Annuaire

AMCLSCQ: 514 875-7412

Votre Exécutif



Vos représentants

Dr Sylvain Dion, président

12. Région Chaudière-Appalaches

T. (418) 625-8001 42216

C. sylvaindion@ssss.gouv.qc.ca

Dre Catherine Risi, vice-présidente

16. Montérégie

T. (450) 928-6777 13009

C. c.risi@rrsss16.gouv.qc.ca

Dr Stéphane Roy, trésorier

16. Montérégie

T. (450) 928-6777 13139

C. s.roy@rrsss16.gouv.qc.ca

Dre Thuy Phuong La, secrétaire

06. Région Montréal

T. (514) 374-8223 1177

C. thuy-phuong.la@ssss.gouv.qc.ca

Dre Natacha Vincent, administratrice

05. Région Estrie

T. (819) 542-2777 55400

C. nvincent.vsf@ssss.gouv.qc.ca

Dr Jean-Denis Bérubé, administrateur

02. Région Saguenay-Lac St-Jean

T. (418) 543-2221 3758

C. jean.denis.berube@ssss.gouv.qc.ca

Dr Jean-Marc Hébert, administrateur

14. Région Laurentides - Lanaudière

T. (819) 424-1511 330

C. Jean-Marc.Hebert.gmf14@ssss.gouv.qc.ca

Dre Renée Roussel

01. Région Bas St-Laurent

(418) 856-7000 3100

Dr Jean-Denis Bérubé

02. Région Saguenay-Lac St-Jean

(418) 543-2221 3758

Dre Christine Lajoie

03. Région Québec

(418) 651-2572 88219

Dre Mireille Cantin

04. Région Mauricie/ Bois-Francs

(819) 287-4442

Dr André Munger

05. Région Estrie

(819) 780-2222

Dre Natacha Vincent

05. Région Estrie

(819) 542-2777 55400

Dr Pierre Shebib

06. Région Montréal

(514) 642-4050

Dre Thuy Phuong La

06. Région Montréal

(514) 374-8223 1177

Dre Anne Rompré

06. Région Montréal

(514) 376-4141 298

Dre Hélène Daniel

06. Région Montréal

(514) 639-0660 80333

Dre Judith Gagnon

06. Région Montréal

(514) 376-4141 283

Dr David Duclos

07. Région Outaouais

(819) 966-6100

Vacant

08. Région Abitibi-Témiscamingue

Dr Simon Ruelland

09. Région Côte-Nord

(418) 296-2572

Dr Jean-Denis Bérubé

10. Région Nord-Du-Québec

(418) 543-2221 3758

Dre Marie-Louise Boshouwers

11. Région Gaspésie Îles-de-la-Madeleine

(418) 986-2121 8176

Dr Sylvain Dion

12. Région Chaudière-Appalaches

(418) 625-8001 42216

Dr Wilfrid Boisvert

13. Région Laval

(450) 622-3645

Dr Jean-Marc Hébert

14. Région Laurentides - Lanaudière

(819) 424-1511 330

Dre France Quintal

16. Région Montérégie Est

(450) 536-2572 3351

Dre Sophie Chartier

16. Région Montérégie Centre

(450) 445-4452 2332

Dre Dorice Boudreault

16. Région Montérégie Ouest

(450) 699-3333 3615

Dr Stéphane Roy

Santé publique

(450) 928-6777 13139

Dre Catherine Risi

Santé publique

(450) 928-6777 13009

Les délégués au Conseil général de la FMOQ

Dr Sylvain Dion	12. Région Chaudière-Appalaches
Dre Catherine Risi	16. Région Montérégie
Dr Stéphane Roy	16. Région Montérégie
Dre Thuy Phuong La	06. Région Montréal
Dre Natacha Vincent	05. Région Estrie
Dr Jean-Denis Bérubé	02. Région Saguenay-Lac St-Jean
Dr Jean-Marc Hébert	14. Région Laurentides - Lanaudière
Dre Michelle Barrette	16. Région Montérégie
Dr André Munger	05. Région Estrie
Dre Anne Rompré	06. Région Montréal
Dre Christine Lajoie	03. Région Québec
Dr Pierre Y. Shebib	06. Région Montréal
Dre Renée Roussel	01. Région Bas St-Laurent
Dre Judith Gagnon	06. Région Montréal



LE TEMPS, C'EST AUSSI DE L'ARGENT...

CONFIEZ-NOUS
CELUI CONSACRÉ
À LA FACTURATION
DE VOS HONORAIRES.

Le 27 mai prochain lors de la journée de formation de l'AMCLSCQ, visitez notre kiosque et découvrez les avantages et le fonctionnement de notre système de facturation.

SERVICE DE FACTURATION

514 868-0661 ou, sans frais, 1 877 679-3229

www.fondsfmoq.com

