

Vie financière aurez-vous les moyens de prendre votre retraite ?

Emmanuèle Garmier

Photo : SuperStock

Vient un moment où il faut se poser la question : pourrais-je prendre ma retraite le moment venu ? C'est une nouvelle étape qui se prépare souvent des décennies d'avance. Pour avoir un revenu de 70 000 \$ à la retraite, il faut avoir accumulé 1,26 million de dollars dans un fonds de retraite.

PLUSIEURS MÉDECINS n'ont pas les moyens de prendre leur retraite. Même s'ils ont travaillé toute leur vie. Dans un sondage effectué par l'Association des médecins omnipraticiens de Montréal (AMOM), 24 % des généralistes montréalais de 55 ans et plus interrogés avouaient qu'ils cesseraient de pratiquer immédiatement ou d'ici un an s'ils n'avaient pas de contraintes financières, familiales ou autres.

« Il est clair qu'un problème financier se pose au moment de la retraite », estime le **D^r Marc-André Asselin**, président de l'AMOM. Il ne faut cependant pas croire que les cliniciens âgés ont été insouciants. Dans les années 1970 et 1980, toutes les mesures qui permettent maintenant de se constituer une retraite confortable n'existaient pas.

Combien faut-il avoir d'argent pour prendre sa retraite ?

Comment savoir si l'on pourra prendre sa retraite au moment désiré ? Combien d'argent

faut-il accumuler dans son régime enregistré d'épargne-retraite (REER) ? Quel niveau de vie pourra-t-on s'offrir ?

Généralement, on considère qu'il faut disposer à la retraite de revenus équivalant à 70 % de ce que l'on gagnait pendant sa vie active. Certains, néanmoins, ont besoin de plus. « C'est le cas de ceux qui ont des revenus assez élevés et des besoins financiers importants », explique **M^{me} Claudette Lanthier**, planificatrice financière aux Fonds d'investissement FMOQ.

La première étape consiste donc à évaluer ses futurs besoins. Les dépenses les plus importantes à la retraite ? Le logement, l'alimentation et le transport (*tableau 1*). On peut cependant présumer que certains frais diminueront à la fin de la carrière : l'assurance invalidité ne sera plus nécessaire, on cessera les cotisations au REER et l'hypothèque de la maison sera normalement remboursée. Par ailleurs, les dépenses pour les vêtements et les études sont réduites dès que les enfants deviennent autonomes.



« Ceux qui sont le plus inquiets au sujet de leur retraite sont souvent ceux pour qui j'ai le moins d'inquiétude. Ceux qui ne se posent pas de questions, eux, m'inquiètent. »

— Claudette Lanthier



D' Marc-André Asselin

M^{me} Lanthier, qui donnera un atelier sur la préparation à la retraite pour la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), a calculé qu'un couple qui gagne annuellement 150 000 \$ dépense 90 000 \$ chaque année pendant sa vie active¹. Une fois à la retraite, pour conserver

le même train de vie, faire autant de voyages et avoir les mêmes loisirs, il a besoin de 65 000 \$ (*tableau 1*).

Mais pour disposer de 65 000 \$ nets à la retraite, un revenu brut de 100 000 \$ est nécessaire. D'où viendra cet argent ? Il existe généralement trois sources de revenus à la retraite (*tableau 2*).

1. Calcul fondé sur les données de 2008 de Statistique Canada.

Pension de sécurité de la vieillesse

Le gouvernement accorde à toute personne de 65 ans et plus une pension de sécurité de la vieillesse (PSV) de 6204 \$ par année. Cette rente est cependant réduite chez ceux qui disposent d'un revenu annuel supérieur à 66 733 \$. La somme reçue diminue en fonction de l'importance des entrées d'argent et devient nulle quand elles atteignent 108 000 \$ par an.

Régime des rentes du Québec

Le régime des rentes du Québec (RRQ) repose sur les contributions qu'un travailleur a faites tout au long de sa carrière. La somme qu'il recevra du RRQ correspond à 25 % de son revenu moyen. Toutefois, comme le revenu maximal considéré est de 47 200 \$, une personne gagnant 100 000 \$ par année n'aura pas une rente plus élevée que celle dont le salaire

Tableau 1.

Dépenses avant et pendant la retraite pour un couple ayant un ou deux enfants et dont le revenu familial est d'environ 150 000 \$ par année

Dépenses	Avant la retraite	À la retraite
Logement	35 000 \$	20 000 \$
Alimentation	12 000 \$	12 000 \$
Transport	12 000 \$	12 000 \$
Habillement et soins personnels	8000 \$	4000 \$
Soins de santé et assurances	6000 \$	3000 \$
Formation et études	4000 \$	1000 \$
Loisirs et voyages	10 000 \$	10 000 \$
Divers	3000 \$	3000 \$
Total	90 000 \$	65 000 \$

Source : M^{me} Claudette Lanthier

est de 50 000 \$. La rente annuelle maximale s'élève donc à 11 210 \$ pour une personne qui prend sa retraite à 65 ans. On peut cependant toucher des prestations dès l'âge de 60 ans, mais elles seront réduites à 7847 \$.

REER ou régime de retraite privée

La troisième source de revenus à la retraite réside soit dans le régime de retraite d'un employeur, comme le Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), soit dans le REER. Les deux s'équivalent selon M^{me} Lanthier. « Si on cotise le maximum à son REER, c'est-à-dire 22 000 \$ pendant 35 ans, cela équivaut à une rente maximale. On va obtenir un capital suffisant pour générer à peu près 85 500 \$ par année. »

Cependant, si on estime que les 85 500 \$ que peuvent offrir les REER ou le RREGOP ne suffiront pas, il faut s'assurer de revenus supplémentaires. On peut faire des placements en dehors des REER.

Mais combien faut-il accumuler pour obtenir un revenu annuel, par exemple, de 100 000 \$

Tableau 2.

Revenus de retraite

Sources de revenus à la retraite	Célibataire qui gagnait 150 000 \$ pendant sa vie active	Couple qui gagnait 150 000 \$ pendant sa vie active
PSV à 65 ans	464 \$	12 407 \$
RRQ à 65 ans	11 210 \$	22 420 \$
Revenus de retraite	93 326 \$	70 173 \$
Total	105 000 \$	105 000 \$

Source : M^{me} Claudette Lanthier

par année ? Environ 1,80 million de dollars. Pour un revenu de 70 000 \$, il faut 1,26 million². Évidemment, on doit cotiser pendant de nombreuses années pour amasser ces sommes. Pour accumuler un million, il faut mettre de côté 20 000 \$ pendant quelque 30 ans³.

Cotiser à son REER ou payer son hypothèque ?

Quel est le meilleur choix, payer plus rapidement ses dettes ou cotiser à son REER ? « Généralement, mieux vaut contribuer à son REER, parce que les cotisations sont déductibles d'impôt », répond M^{me} Lanthier.

Prenons le cas d'une personne qui a emprunté 50 000 \$ et doit faire des versements annuels de 6475 \$ (tableau 3). Au début de l'année, elle a le choix entre verser 20 000 \$ dans son REER ou prendre cet argent et réduire sa dette de 10 000 \$ (somme disponible après impôt)⁴. Si elle donne priorité à la dette, elle la remboursera en quatre ans plutôt qu'en dix. Cependant, à la dixième année, elle aura 75 000 \$ de moins dans son REER, même si elle augmente ses cotisations à 26 475 \$ une fois sa dette payée (20 000 \$ + 6475 \$). Les versements plus élevés pendant six ans ne compenseront pas l'absence de

(Suite à la page 14) >>>>

2. Calculé selon un rendement de 5 %.

3. Avec un rendement de 5 % et un taux d'inflation de 2 %.

4. Le taux d'intérêt de la dette est de 5 %, et le rendement du REER est aussi de 5 %.

◀◀◀ (Suite de la page 3)

cotisation pendant les quatre premières années.

L'idéal est évidemment à la fois de payer sa dette et de cotiser à son REER. « On peut contribuer au REER et, avec le remboursement d'impôt, réduire sa dette », indique M^{me} Lanthier.

Il faut, par ailleurs, non seulement contribuer le plus possible à son REER, mais aussi commencer à le faire tôt. Il est même plus rentable de débiter dans la vingtaine et de cesser, que de commencer tard. Parce que le temps travaille pour l'investisseur.

Ainsi, mieux vaut contribuer pendant dix ans, de l'âge de 25 à 35 ans, puis arrêter, que de cotiser de 50 à 60 ans. Il peut y avoir une différence d'un million de dollars entre les deux stratégies. Par exemple, le jeune qui fait des versements annuels de 22 000 \$ pendant 10 ans à son REER disposera de 1,3 million à 60 ans. Celui qui commence à 50 ans n'aura que 300 000 \$ à sa soixantième année⁵.

Le FERR de lance de la retraite

À 71 ans, on ne peut plus détenir de REER. La meilleure solution est alors de le transformer en un fonds enregistré de revenu de retraite (FERR). Ce dernier impose cependant une obligation : commencer les retraits immédiatement. On doit décaisser 7,38 % du capital à 71 ans, et ce taux croît avec les années. « Le pourcentage qu'on retire repose sur un calcul actuariel qui fait en sorte que cela constitue une rente », explique M^{me} Lanthier.

Le REER peut cependant être converti en FERR dès l'âge de 60 ans. « On peut alors profiter d'un

crédit d'impôt pour revenu de retraite. Il est également possible de fractionner le revenu entre les conjoints, ce qui est avantageux sur le plan fiscal. » L'idéal reste cependant de transformer son REER en FERR le plus tard possible, parce que dans le premier le rendement est à l'abri de l'impôt.

Il ne faut cependant pas craindre démesurément les ponctions de l'impôt. « Les gens pensent toujours qu'ils sont imposés à un taux de 48 %, qui est le taux marginal. Le taux moyen à la retraite, pour un revenu de 105 000 \$, est à peu près de 25 % », assure la planificatrice financière.

On a pourtant tous l'impression de laisser 50 % de notre revenu à l'impôt. De fait, une personne qui gagne 200 000 \$ n'en conserve qu'environ 100 000 \$. En réalité, elle n'a payé que 40 % d'impôt, mais a eu à s'acquitter de charges sociales, qui peuvent totaliser jusqu'à 6000 \$, et mis 22 000 \$ dans ses REER.

Calculer la durée de la retraite

Pour bien planifier sa retraite, il faut se poser une question un peu désagréable : combien de temps vivrons-nous encore ? En moyenne, à 65 ans, un homme a une espérance de vie de 18 ans et une femme, de 21 ans⁶. Mais pour les médecins, surtout les généralistes, la période de la retraite serait plus courte. En moyenne, les omnipraticiens cessent de travailler à 68 ans⁷

6. Institut de la statistique du Québec, mai 2009.

7. Statistiques de 2009 du Collège des médecins du Québec.

5. Calculé selon un rendement annuel de 6 %.

Tableau 3.

Comparaison des rendements selon le paiement d'une dette et les cotisations au REER

		Années 0 à 4	Années 4 à 10	Valeur du REER après 10 ans
Scénario A	Contribution au REER	20 000 \$/année	20 000 \$/année	264 136 \$
	Paiement de la dette	6475 \$/année	6475 \$/année	
Scénario B	Contribution au REER	0 \$	26 475 \$/année	189 085 \$
	Paiement de la dette (ajout de 10 000 \$)	16 475 \$/année	0 \$	
Différence				75 051 \$

Source : M^{me} Claudette Lanthier

Planifier sa retraite – Que faire à quel âge ?

Dans la vingtaine et la trentaine

Quand on est dans la vingtaine ou la trentaine, il faut d'abord s'assurer d'avoir des revenus en cas de maladie ou d'accident. On doit également veiller à la sécurité financière de nos enfants, si on en a. On doit donc :

- ☉ avoir une bonne assurance invalidité ;
- ☉ prendre une assurance-vie ;
- ☉ commencer le plus tôt possible à faire les cotisations maximales aux REER ;
- ☉ cotiser, si on le désire, à un régime enregistré d'épargne-études pour les enfants.

À 40 ans

À l'aube de la quarantaine, il est temps de faire le point sur sa situation financière. Il est donc important de :

- ☉ s'assurer que ses placements sont suffisants pour la retraite et prendre les mesures nécessaires si ce n'est pas le cas ;
- ☉ vérifier si l'incorporation pourrait être une solution intéressante. Cela pourrait être le cas si l'on ne dépense pas tout son revenu ou si on peut le fractionner avec son conjoint ou des enfants majeurs ;
- ☉ continuer à faire des cotisations maximales au REER ;
- ☉ payer ses dettes.

À 50 ans

La retraite approche à grands pas. Il faut donc :

- ☉ continuer à faire des cotisations maximales au REER ;
- ☉ faire, si c'est possible, des placements en dehors du REER pour avoir une plus grande marge de manœuvre à la retraite ;
« Des placements hors REER, par exemple dans un compte d'épargne libre d'impôt (CELI), peuvent permettre de prendre sa retraite plus tôt. Pendant qu'on utilisera ces fonds, on ne touchera pas au REER et on le laissera ainsi à l'abri de l'impôt », explique M^{me} Lanthier.

À 60 ans

La retraite est maintenant imminente. On doit :

- ☉ décider du moment où l'on cessera de travailler. « Cela va dépendre de nos besoins financiers. Si on veut prendre une retraite précoce, on pourra avoir à couper dans nos dépenses ou à garder un travail d'appoint » ;
- ☉ réaménager son portefeuille. On ne peut plus avoir d'investissements trop risqués. « Il faut aussi faire des réaménagements dans ses investissements REER et non REER comme le CELI. Il y a des types de placements qui sont plus avantageux que d'autres fiscalement », indique la planificatrice financière ;
- ☉ planifier les décaissements et la transformation du REER en FERR ;
- ☉ on peut fractionner son FERR avec son conjoint et payer ainsi moins d'impôt.
« Plus tôt on planifie sa retraite, et plus nombreuses sont les options qui s'offrent à nous », souligne M^{me} Lanthier.

et mourraient plus tôt que le reste de la population. Les spécialistes, eux, mettent un terme à leur carrière à 72 ans⁷ et semblent vivre plus vieux que les généralistes.

Les prochaines générations de retraités auront cependant à planifier une retraite plus longue. Pour commencer, ils ont de bonnes chances de mourir plus vieux que leurs aînés. L'espérance de vie qui, au cours des vingt-cinq dernières années s'est accrue de six ans, pourrait encore augmenter. En outre, il est possible que les jeunes médecins cessent de pratiquer plus tôt.

Il est toutefois plus facile maintenant d'accumuler les sommes nécessaires à la retraite,

grâce aux cotisations plus importantes que l'on peut faire au REER. La plupart des médecins que rencontre M^{me} Lanthier auront les moyens de cesser de travailler. « Ceux qui sont le plus inquiets au sujet de leur retraite sont souvent ceux pour qui j'ai le moins d'inquiétude. Ceux qui ne se posent pas de questions, eux, m'inquiètent. »

Pour beaucoup de médecins, le passage à la retraite s'effectue très bien. Dans le sondage qu'a mené l'Association des médecins omnipraticiens de Montréal, la moitié des quelque 60 médecins qui étaient à la retraite estimaient que leur planification financière avait été parfaite. 🍷

Publicité télévisée de la FMOQ

faire prendre conscience de la pénurie d'omnipraticiens

Emmanuèle Garnier

Le 12 mai, la FMOQ lancera une campagne de publicité d'un mois sur les grandes chaînes de télévision. Le but du message de trente secondes, réalisé par l'agence BCP ? Faire prendre conscience à la population de la pénurie d'omnipraticiens et du rôle qu'ils jouent dans tout le réseau de la santé.

La publicité montrera un hôpital, une résidence, un CLSC et une clinique de quartier. Des lieux où pratiquent les omnipraticiens et où il manque de médecins, indiquera le message. Le **D^r Louis Godin**, président de la FMOQ, apparaîtra ensuite et expliquera que depuis les deux dernières années la pénurie de médecins de famille s'est accrue de 45 %.

« Ce qui touche le plus concrètement les gens c'est la difficulté d'avoir accès à un médecin de famille », explique **M. Jean-Pierre Dion**, directeur des Communications à la FMOQ. C'est normal, depuis deux ans le nombre d'omnipraticiens qui manquent dans le système de santé est passé de 759 à 1102.

À la fin de la publicité, le public est invité à aller sur YouTube voir les témoignages de cinq médecins. Suivi pendant toute une journée par l'équipe de tournage, chacun explique son type de pratique et les conséquences de la pénurie

d'omnipraticiens dans son domaine. On trouvera ainsi la **D^{re} Odile Kowalski**, qui exerce à l'Hôpital du Sacré-Cœur, à Montréal, et à la Clinique médicale L'Envolée qu'elle a fondée avec des collègues pour aider les femmes enceintes. Le **D^r Claude Rivard**, de l'hôpital Pierre-Boucher, lui, travaille aux soins intensifs et dans un GMF. La **D^{re} Christiane Martel**, pour sa part, exerce dans un CSLC, fait des visites à domicile et prodigue des soins palliatifs. Plus âgé, le **D^r William Barakett**, qui pratique dans un hôpital et dans sa clinique de Knowlton, sait qu'il n'y a pas de relève pour le remplacer s'il prend sa retraite. Quant

à la **D^{re} Guylaine Lagüe**, une jeune omnipraticienne de Drummondville, elle



Tournage du témoignage de la **D^{re} Odile Kowalski**.

La FMOQ sur Facebook

Depuis le 16 mars, la FMOQ a sa page Facebook*. On y voit des entrevues que le D^r Louis Godin a accordées à différents médias, des articles où des représentants de la Fédération sont cités, quelques commentaires de médecins et les communiqués de presse de la FMOQ.

« Les médias sociaux prennent de plus en plus d'importance. Nous avons donc jugé utile d'avoir une page dans Facebook, un site très populaire au Québec. Nous y mettons tout ce que nous jugeons pertinent sur des questions qui touchent les omnipraticiens : des articles de presse, des lettres d'opinion, des capsules vidéo du président, etc. On y trouve donc des sujets d'actualité qui concernent la Fédération, la médecine familiale et le système de santé », explique M. Jean-Pierre Dion, directeur des Communications à la Fédération.

La page Facebook de la Fédération sera par ailleurs mise à contribution pendant la campagne publicitaire de mai. Elle contiendra ainsi un lien vers YouTube permettant d'aller voir les témoignages des cinq omnipraticiens.

« On veut élargir le bassin de personnes informées de la situation de la médecine familiale et de la médecine de première ligne au Québec. C'est particulièrement important dans le contexte des nouvelles négociations qui seront probablement historiques pour la médecine familiale. Il faut sensibiliser la population aux propositions de la FMOQ », estime M. Dion.

La page Facebook et le site Internet de la FMOQ sont régulièrement mis à jour par la nouvelle éditrice de la Fédération, M^{me} Catheline Moreau. « M^{me} Moreau a entre autres le mandat de s'assurer de la présence de la FMOQ dans les médias sociaux. » Elle vient d'ailleurs de mettre la Fédération sur Twitter. « Il s'agit essentiellement d'un site de diffusion de nouvelles. Il y a de plus en plus de médias, de journalistes, de chroniqueurs qui lancent des nouvelles sur ce site. La Fédération compte l'utiliser pour envoyer elle aussi des messages », indique M. Dion. 📶



Photos : Emmanuèle Garnier

M. Jean-Pierre Dion

* Les membres de Facebook peuvent voir la page de la FMOQ à www.facebook.com/lafmoq et ceux de Twitter peuvent suivre les activités de la Fédération à <http://twitter.com/LaFMOQ>.

a une pratique variée. « Les gens vont voir que les médecins de famille font beaucoup de choses », explique M. Dion.

Sur YouTube, le public pourra également voir le D^r Godin proposer des solutions pour corriger la situation. Les mesures qu'il avance s'inspirent à la fois du cahier des propositions déposé dans le cadre des négociations et de *L'Énoncé de*

principes pour une politique nationale sur la médecine familiale paru en 2008.

Une affiche faisant la promotion des témoignages des cinq médecins sur YouTube sera publiée dans tous les quotidiens et toutes les revues importantes du Québec au cours du mois de mai. La FMOQ en fera également la publicité sur les sites Internet de certains médias. 📶



Le point sur les GMF est-ce lucratif d'y pratiquer ?

Emmanuèle Garnier

Photos : Emmanuèle Garnier



M. Denis Blanchette

Est-il rentable d'exercer dans un groupe de médecine de famille (GMF) ? Cette pratique donne en moyenne aux omnipraticiens une augmentation de 12 % de leur rémunération, révèlent de nouvelles données du Service des affaires économiques de la FMOQ. « Dans les GMF, les médecins bénéficient également de ressources additionnelles comme des infirmières, des adjointes administratives, un budget pour acheter de l'équipement

informatique et louer des locaux, etc. Ces sommes, qui ne diminuent pas nécessairement les frais de pratique, représentent un apport d'environ 15 % », explique M. Denis Blanchette, directeur du Service des affaires économiques à la FMOQ.

Toutefois, ce sont surtout les médecins travaillant dans une clinique médicale qui profitent de ces avantages financiers. Dans les CLSC devenus GMF, l'accroissement de la rémunération se chiffre plutôt à 5 %. « Est-ce parce que les modalités de facturation sont trop complexes que ces médecins n'obtiennent pas une augmentation de 12 % ? Il va falloir étudier la question et examiner le volume d'activité, le nombre de patients, etc. », estime le D^r Serge Dulude, directeur de la Planification

Bonification de la rémunération accordée par l'entente particulière sur les GMF

Tarif depuis le 1^{er} avril 2009

- ⊗ Forfait d'inscription de la clientèle : 7,90 \$ par patient par année
- ⊗ Banque d'heures hebdomadaire pour les activités de fonctionnement : 83,90 \$ l'heure
- ⊗ Garde en disponibilité pour le GMF : 56,20 \$ pour huit heures.
- ⊗ Rémunération du médecin responsable : 338,15 \$ par semaine

et de la Régionalisation à la FMOQ.

Les omnipraticiens pourraient-ils, par ailleurs, inscrire plus de patients dans les GMF ? La bonification venant de l'entente particulière sur les GMF repose, entre autres, sur le nombre de personnes inscrites. C'est aussi du facteur d'inscription que découle le nombre d'infirmières et d'adjointes administratives accordées, l'importance du budget, etc.



D^r Serge Dulude

Certaines données jettent un nouvel éclairage sur la question. Ainsi, les omnipraticiens de clinique GMF avaient en moyenne 775 patients chacun inscrits à leur nom en 2008-2009, mais n'en ont revu que 653 en moyenne au cours de la dernière année (tableau). « Il y a ainsi en moyenne

Nombre de patients vus, inscrits et nombre de forfaits annuels dans les GMF

Année 2008-2009

Nombre de patients :		Nombre de médecins concernés	Nombre de patients par médecin
⊗ vus en consultation	2 160 766	2266	954
⊗ inscrits	1 755 418	2266	775
⊗ revus l'année suivante (donnant droit au forfait annuel de 7,90 \$)	1 357 914	2080	653

122 patients par médecin qui ont été inscrits et n'ont pas été revus l'année suivante. Cela signifie peut-être qu'un omnipraticien pourrait inscrire beaucoup plus de patients sans avoir à craindre d'être débordé », avance Denis Blanchette.

Par ailleurs, même si chaque omnipraticien ne comptait que 775 personnes inscrites en moyenne à son nom, il a traité en moyenne 954 patients. Une différence de 179 personnes. Ainsi, les médecins ont vu plus de patients qu'ils en ont inscrits.

La cible de 1500 patients par médecin que vise le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) semble d'un autre côté trop haute. « La majorité des médecins ne pratique pas qu'en GMF. Souvent, ils travaillent aussi à l'hôpital ou ont d'autres activités », indique le D^r Dulude. Et ceux qui exercent à temps plein dans les groupes de médecine de famille suivent entre 1100 et 1200 patients inscrits. « Depuis le début, on remet en question l'objectif de 1500 patients inscrits. On se demande d'où vient ce nombre. »

Des données récentes de la FMOQ révèlent également que les GMF semblent remplir avec succès l'une de leurs missions : la prise en charge des patients vulnérables. Ces derniers constituent 33 % de leur clientèle.



M^{me} Marianne Casavant

« On considère que dans la population, il y a en moyenne 20 % de patients vulnérables », donne à titre de comparaison M^{me} Marianne Casavant, conseillère en politiques de santé à la FMOQ. D'ailleurs, 43 % des personnes qui ont été inscrites dans les GMF

en 2008-2009 étaient des patients vulnérables.

D'importantes sommes non dépensées

Au cours des négociations qui commencent avec le gouvernement, la FMOQ va demander de rendre conventionnels les différents aspects du GMF. Elle pourra ainsi négocier tous les éléments du contrat des GMF. Actuellement, elle ne discute que de la rémunération avec le MSSS.

Les médecins sont donc seuls pour négocier le nombre d'infirmières auquel leur groupe a droit, le financement du GMF, l'informatique, etc.

Le fait de rendre tous les éléments du GMF conventionnels permettra de mettre en place un mécanisme pour assurer une plus grande transparence concernant le solde budgétaire. « On sait qu'il y a des sommes non dépensées dans bien des GMF, parce que bien des postes d'infirmières sont encore vacants », explique M^{me} Casavant. Les médecins ont théoriquement trois ans pour récupérer ce solde qui s'accumule dans les coffres des agences de santé et de services sociaux. Pour l'utiliser, certains omnipraticiens ont soumis des projets comme la numérisation des dossiers médicaux, l'achat d'équipement supplémentaire, mais plusieurs ont été refusés.

Les soldes budgétaires en jeu sont parfois très importants. « Il n'est pas rare de voir des GMF ayant des sommes non dépensées de quelque 200 000 \$ », précise M^{me} Casavant. Et quelle est l'importance de ces surplus à l'échelle provinciale ? Cette donnée serait importante à connaître, estime M. Blanchette. « Si le gouvernement a affirmé dans ses prévisions budgétaires qu'il a accordé 100 millions aux GMF et qu'on n'en dépense que 50 millions, nous voudrions le savoir. Comme cet élément est non conventionnel, nous n'avons pas l'information. »

Le fait de rendre conventionnels les différents aspects des GMF permettrait également d'avoir des données d'ensemble sur le nombre d'infirmières manquant dans les GMF. « La



Photos : Emmanuelle Garnier

Journée de réflexion sur les GMF

Les GMF en nombre

Il y avait au Québec en 2008-2009 :

- 193 GMF comprenant 416 centres distincts
- 2582 médecins y pratiquant
- Près de 2 millions de patients inscrits

Parmi les GMF :

- 81 % sont des cliniques médicales
- 16 % sont des CLSC
- 3 % sont des unités de médecine familiale

pénurie d'infirmières est un problème important, parce que le modèle GMF repose sur leur aide. Souvent, plusieurs mois après l'ouverture du GMF, elles ne sont toujours pas présentes », explique la conseillère en politiques de santé.

Déjà, le nombre prévu d'infirmières n'est pas suffisant, selon la FMOQ. Elle en demande davantage dans le cahier des propositions qu'elle a déposé le 3 mars dernier. « Nous pensons que le ratio idéal est d'une infirmière pour un médecin, ou à tout le moins d'une pour deux médecins. Il devrait donc y avoir deux fois plus d'infirmières dans les GMF », estime le D^r Dulude.

Journée GMF

Sept ans après le lancement des premiers groupes de médecine de famille, qu'en pensent les omnipraticiens qui y pratiquent ? « Ils sont très heureux d'être en GMF. Aucun ne retournerait en arrière. Il y a cependant de grandes améliorations à apporter », affirme le D^r Dulude, qui a organisé une journée de réflexion sur les GMF le 17 février dernier. Des représentants de toutes les régions du Québec se sont réunis pour faire le point et indiquer les changements qui pourraient être réclamés dans le cahier des demandes que la FMOQ s'appropriait à déposer.

Les médecins ont fait de nombreuses suggestions pour améliorer la situation. Ils aimeraient, par exemple, avoir un droit de regard sur le choix des infirmières qu'engagent pour eux les CSSS. « En ce moment, ce sont toujours des bachelières qui sont recrutées », dit le D^r Dulude. Les omnipraticiens de GMF ont également suggéré que l'on augmente

le nombre d'infirmières, et que l'on prévoie un forfait pour leur installation.

En ce qui concerne les ordinateurs, les médecins souhaitent que le processus d'informatisation, qui peut prendre jusqu'à un an, soit plus rapide. Comme certains cliniciens ne sont pas ferrés sur ces questions, une personne-ressource pourrait être responsable de l'informatisation de tous les groupes de médecine d'un territoire.

Pour ce qui est du financement des GMF, les médecins aimeraient qu'il soit calculé non seulement en fonction du nombre de patients inscrits, mais aussi de la lourdeur de la clientèle.

Il faut tenir compte plus adéquatement du nombre de patients vulnérables. Il faudrait également prendre en considération les services offerts à la collectivité, comme les consultations sans rendez-vous. Quant au budget des GMF, les médecins ont déploré que les agences qui les gèrent ne rendent pas toutes des comptes.

Et que faire pour les quelque 3000 médecins qui ne pratiquent pas dans un GMF ? Il faudrait que le modèle devienne suffisamment souple pour pouvoir les inclure eux aussi, ont estimé les omnipraticiens consultés. Pour l'instant, on est loin des objectifs que s'était fixés le gouvernement. En 2002, le MSSS avait prévu la création, en quatre ans, de 300 GMF qui desserviraient 75 % de la population. Huit ans plus tard, il y en a à peine 200 auxquels près de deux millions de Québécois sont inscrits. « Il va falloir fonctionner avec plus de souplesse et être très imaginatif », estime le D^r Dulude. 📶



Journée de réflexion sur les GMF

Photo : Emmanuèle Garnier

Entente sur les « heures défavorables » une hausse de 13 % à partir de juillet

Emmanuèle Garnier

Le 1^{er} juillet prochain, les omnipraticiens de tous les secteurs de pratique bénéficieront d'une majoration de 13 % pour le travail effectué pendant les « heures défavorables ». La hausse s'appliquera le soir à partir de 18 heures, la fin de semaine et les jours fériés.

Actuellement, un généraliste qui exerce dans

une clinique médicale ou un CLSC reçoit une bonification de 10 % la fin de semaine et les jours fériés. À partir de juillet, il aura droit à une augmentation de 13 % le soir du lundi au jeudi et de 23 % les vendredis soir, la fin de semaine et les jours fériés (*tableau*). À l'hôpital, l'omnipraticien qui donne des soins aux patients hospitalisés bénéficiera des mêmes majorations.

Que se passera-t-il dans les secteurs où il y a déjà des bonifications, parfois importantes, pendant les heures défavorables ? Les médecins qui y pratiquent auront eux aussi droit à la hausse de 13 %. Différentes mesures, comme une augmentation des forfaits ou l'ajout de nouveaux suppléments, permettent de leur assurer la même majoration.

Tous les milieux de soins bénéficieront de l'augmentation de 13 % : les cliniques réseau,

Majorations actuelles et futures de la rémunération pendant les heures défavorables

	Majoration actuelle			Majoration convenue		
	Lundi-jeudi soir	Vendredi soir	SDF* 24 h	Lundi-jeudi soir	Vendredi soir	SDF* 24 h
1. Cabinet	0 %	0 %	10 %	13 %	23 %	23 %
2. Cabinet-GMF	0 %	0 %	10 %	13 %	23 %	23 %
3. Domicile	0 %	0 %	0 %	13 %	23 %	23 %
4. Clinique-réseau	0 %	0 %	10 %	13 %	23 %	30 %
Forfaits de 4 h (soir)	95,40 \$	95,40 \$	95,40 \$	119,20 \$	119,20 \$	119,20 \$
5. CLSC, CLSC-GMF, CLSC-UMF	0 %	0 %	10 %	13 %	23 %	23 %
6. Urgence						
☉ Jour (8 h – 20 h)	0 %	0 %	27 %	0 %	0 %	30 %
☉ Soir (20 h – 0 h)	0 %	0 %	27 %	13 %	23 %	30 %
☉ Nuit (0 h – 8 h)						
Actes et forfaits	0 %	0 %	0 %	13 %	13 %	13 %
☉ Forfaits de 4 h (soir)	95,40 \$	95,40 \$	–	119,20 \$	119,20 \$	–
☉ 8 h – 16 h (SDF)	–	–	–	–	–	119,20 \$
☉ 16 h – 24 h (SDF)	–	–	–	–	–	119,20 \$
7. Soins intensifs et coronariens	0 %	0 %	20 %	13 %	23 %	30 %
8. Soins aux malades hospitalisés et autres secteurs	0 %	0 %	10 %	13 %	23 %	23 %
9. CHSLD	0 %	0 %	10 %	13 %	23 %	23 %

Examens d'urgence avec déplacement. En tout temps : majoration des tarifs de 33 %.

* SDF : samedi, dimanche et jours fériés.

les groupes de médecine de famille, les urgences, les services de soins intensifs et coronariens, les autres unités de soins dans les hôpitaux et les centres d'hébergement et de soins de longue durée.

Aucun secteur n'a été oublié. Ainsi, les omnipraticiens pratiquant dans les établissements du réseau de garde intégré, faisant des gardes sur place dans les établissements psychiatriques, exerçant à Urgence Santé et au programme d'Évacuations aéromédicales du Québec (EVAQ) auront droit eux aussi aux bonifications pour le travail effectué pendant les heures défavorables. En obstétrique, les tarifs ont été modifiés pour obtenir la majoration de 13 %.

Une augmentation de 47 millions

D'où viennent ces hausses de 13 % ? Il s'agit de la mesure 5 du *Plan d'amélioration de l'accessibilité, des conditions de pratique et de l'organisation des services médicaux* de 2007. Ce point préconisait un meilleur accès « aux heures défavorables, à des services offerts sur rendez-vous et à des services d'urgence de première ligne dans les cabinets médicaux et les CLSC (...) ».

« La principale difficulté que nous avons eue était de nous assurer que les augmentations qui seraient accordées aux cliniques médicales et aux CLSC seraient aussi consenties aux autres milieux de soins pour ne pas créer de déséquilibre, explique le **D^r Louis Godin**, président de la FMOQ. Il ne fallait pas, par exemple, donner une hausse de 20 % le vendredi soir à l'extérieur des établissements sans que l'urgence ait la même. » Des bonifications

moyennes de 13 % ont donc été attribuées dans tous les domaines de pratique. Le coût de ces majorations s'élève à 47 millions de dollars et constitue une hausse de 2,7 % par rapport à l'enveloppe budgétaire de 2009-2010.

La FMOQ a également négocié, pendant ses discussions avec le gouvernement, une majoration de 33 % pour les examens d'urgence faits avec

déplacement. Cela s'applique tant aux constats de décès, qu'aux examens à domicile d'urgence, qu'aux consultations psychiatriques d'urgence avec déplacement. Si le médecin effectue l'examen pendant les heures défavorables, la bonification de 13 % s'ajoute au tarif majoré.

Par ailleurs, d'ici à l'automne, les omnipraticiens recevront également une augmentation paramétrique de 1,74 % s'appliquant à tous les codes d'actes et forfaits ainsi qu'aux modes de rémunération à tarif horaire et à honoraires fixes. Il s'agit de l'une des mesures du redressement tarifaire découlant de l'entente sur le rattrapage de la rémunération des omnipraticiens québécois par rapport à celle de leurs collègues des autres provinces. La mesure sera rétroactive au 1^{er} avril dernier. ☞

Congrès international sur le virus du papillome humain un événement organisé par un omnipraticien

Emmanuelle Garnier

Le **D^r Marc Steben**, omnipraticien et médecin-conseil à l'Institut national de santé publique du Québec, organise avec ses collaborateurs la 26^e conférence internationale sur le virus du papillome humain (VPH). Au cours de l'événement, qui se déroulera à Montréal du 3 au 8 juillet, douze conférences plénières, plus de 250 exposés oraux et au-delà de 500 affiches seront présentés.

« Il y a dix ans, on avait peu à offrir sur le plan de la prévention. Maintenant, tout à coup, nous

(Suite à la page 109) >>>>



D^r Louis Godin



D^r Marc Steben

pratico-pratique

Vous avez des trucs à partager ?
Envoyez-les à nouvelles@fmoq.org.

Trois questions pour être sûr d'avoir pris la bonne décision

Seul dans son cabinet, face à son patient, le médecin a parfois des décisions difficiles à prendre. Doit-il prescrire les narcotiques qu'on lui demande ? Peut-il vraiment accepter de prolonger le congé de maladie ? Peut-il recevoir ce cadeau ?

« Quand ce type de situation m'arrive, je me pose trois questions, explique le **D^r Richard Boulé**, médecin de famille et professeur à l'Université de Sherbrooke.

- 1) Si j'étais le patient, est-ce que ce serait une bonne décision pour moi ?
- 2) S'il s'agissait de quelqu'un que j'aime, est-ce que je prendrais la même décision ?
- 3) Est-ce que je serais fier de parler de ma décision à mes collègues ? »

Lorsqu'on répond oui à toutes ces questions, il s'agit probablement d'une bonne décision, affirme le clinicien, qui tient cette manière de procéder de sa collègue, la **D^{re} Lucie Brazeau-Lamontagne**, une radiologiste ayant une formation en éthique. Si on répond non aux questions, mieux vaut prendre un peu de recul pour réfléchir ou consulter un collègue. « On peut dire au patient : "Laissez-moi y penser. Je vais vous rappeler demain". » On évite ainsi de prendre une décision précipitée que l'on pourrait regretter. **EG**

De l'ombre, des oiseaux et des bébés

Le **D^r André Ouellet**, omnipraticien à l'unité de médecine familiale Laurier, à Québec, suit beaucoup de bébés et de jeunes enfants. Au cours de sa pratique, il a trouvé plusieurs trucs pour les examiner plus facilement.

Par exemple, comme les nourrissons sont facilement éblouis par la lumière fluorescente du cabinet, il peut être difficile de vérifier la présence d'un rétinoblastome ou de cataractes congénitales. Le **D^r Ouellet** demande donc à la mère de porter l'enfant. « Lorsqu'il est sur son épaule, il ouvre les yeux de façon plus ou moins spontanée. Je mets ensuite ma main au-dessus de ses yeux pour lui faire de l'ombre. » Le médecin peut alors vérifier si le reflet rouge que renvoie la rétine est bien visible.

Les oreilles, elles, sont souvent difficiles à examiner, parce que les enfants bougent beaucoup. Le **D^r Ouellet** imite alors le chant d'un oiseau. Les quelques secondes de surprise que crée le son lui permettent de faire l'examen. « Quand ils deviennent plus grands, ce sont eux qui demandent à entendre le petit oiseau. »

Pour mesurer un bébé, le **D^r Ouellet** a aussi un truc simple. Il utilise le papier qui recouvre la table d'examen et fait une marque aux pieds et une autre à la tête. Puis il mesure la distance entre les deux traits. **EG**

Un dossier médical électronique intéressant

Pratiquant dans un GMF de Drummondville, la **D^{re} Nancy Durand** et ses collègues cherchaient un logiciel performant. Il leur permettait de numériser leurs archives qui débordaient, d'enregistrer rapidement les patients, – ce que n'arrivait pas à faire leur programme –, de noter les rendez-vous, de faire des prescriptions et, en plus, offrir un dossier médical électronique pratique.

Après plusieurs essais, les médecins ont trouvé un système qui les satisfait : Kinlogix. Il fonctionne avec un ordinateur de type tablette électronique qui s'ouvre comme un livre et permet d'écrire directement sur l'écran. « C'est beaucoup plus rapide que de taper les notes », estime la **D^{re} Durand** qui utilise l'appareil depuis huit mois.

Le dossier électronique lui-même comprend une section où toutes les notes sont classées par ordre chronologique, comme dans un dossier papier. On peut, si on le souhaite, ne faire apparaître que les conclusions. La section réservée aux résultats possède des sous-divisions : examens de laboratoire, électrocardiogrammes, échographies, etc. À mesure que les résultats de laboratoire arrivent à la clinique, les secrétaires les numérisent et les insèrent dans la section appropriée.

De petite taille, la tablette électronique a, par ailleurs, l'avantage de pouvoir être amenée au domicile des patients – ce qui évite de transporter les dossiers –, ou chez soi pour y travailler. Une clé USB sans fil permet de se brancher directement au système par Internet. Les inconvénients de Kinlogix ? « Comme avec n'importe quel logiciel, il peut y avoir des bogues. Mais c'est quand même rare, et les gens de Kinlogix sont disponibles pour les régler rapidement », indique la **D^{re} Durand**. **EG**

Prix IMS Canada 2009 les D^{rs} Michel Fleury et Michel Lapierre se distinguent

Emmanuèle Garnier

Les deux Prix IMS Canada de la catégorie « médecins omnipraticiens » ont été décernés au D^r Michel Fleury et au D^r Michel Lapierre pour un article qu'ils ont chacun rédigé dans *Le Médecin du Québec*. Ces distinctions récompensent les meilleurs textes sur la consommation appropriée de médicaments écrits par un généraliste.

Le D^r Fleury a rédigé, avec la pharmacienne Christine Robitaille, un article intitulé « Herpès simplex : un traitement si complexe ? » (septembre 2009). Les auteurs y décrivent l'emploi des trois médicaments utilisés contre l'herpès – l'acyclovir, le famciclovir et le valacyclovir – pour le traitement de la première poussée, puis des éclosons récurrentes ainsi que pour la suppression de l'infection virale. Le D^r Fleury et M^{me} Robitaille mentionnent également les pièges à éviter, les réactions possibles et les interactions médicamenteuses.

Le D^r Lapierre, lui, a signé avec la pharmacienne Kim Messier, l'article « Les gouttes ophtalmiques antibiotiques : comment y voir plus clair ! » (août 2009). Les auteurs y présentent les différents traitements de la conjonctivite bactérienne. Ils indiquent quels patients ont besoin d'antibiotiques, conseillent sur le type de préparation à privilégier et

abordent la question des effets indésirables et des interactions avec les autres médicaments.

Les deux prix ont été remis le 13 avril dernier, par M^{me} Sylvie Gaumond d'IMS Health Canada et par le D^r Louis Godin, président de la FMOQ, au cours d'une cérémonie. Les Prix IMS Canada récompensent les médecins et les pharmaciens qui contribuent à la formation continue de leurs collègues en rédigeant des articles sur l'utilisation adéquate des médicaments.

Des prix pour les spécialistes, les pharmaciens et les étudiants

Dans la catégorie « médecins spécialistes », la D^{re} Francine Ducharme a reçu un Prix IMS Canada pour son article « Preemptive Use of High-Dose Fluticasone for Virus-Induced Wheezing in Young Children », publié dans le *New England Journal of Medicine* (22 janvier 2009). La seconde lauréate est la D^{re} Ana Carceller, auteure du texte « Lack of Effect on Prematurity, Birth Weight, and Infant Growth from Exposure to Protease Inhibitors In Utero and After Birth » qu'a publié *Pharmacotherapy* (novembre 2009).

IMS Health Canada a remis, dans la catégorie « pharmaciens », un prix à M^{me} Christine Hamel, pour son article sur la schizophrénie réfractaire, publié dans *Québec Pharmacie* (novembre 2009), et un autre à M^{me} Hélène Paradis pour son texte sur les allergies croisées aux antibiotiques, publié dans *Pharmactuel* (janvier-février 2009).

IMS a, pour finir, accordé des bourses aux étudiants en médecine qui ont obtenu les meilleures notes en pharmacologie et aux étudiants en pharmacie qui se sont démarqués par leur rendement scolaire. 📄



M^{me} Sylvie Gaumond, D^r Michel Fleury et D^r Louis Godin.



M^{me} Sylvie Gaumond, D^r Michel Lapierre et D^r Louis Godin.

Thèmes de formation continue des prochains numéros

- *Juin 2010*
Visites en salle de réanimation

- *Juillet 2010*
Les soins périopératoires

- *Août 2010*
La médecine en CHSLD

- *Septembre 2010*
Le diabète

- *Octobre 2010*
Le sein

- *Novembre 2010*
Les troubles de la personnalité

- *Décembre 2010*
La médecine factuelle

- *Janvier 2011*
L'environnement





Congrès de formation médicale continue

FMOQ

Juin 2010

3 et 4 **Urologie/Néphrologie**
Hôtel Delta Québec, Québec

Septembre 2010

16 et 17 **Les aspects médicolégaux
et médicoadministratifs
de la pratique**
Hôtel Delta Québec, Québec

Octobre 2010

14 et 15 **La médecine hospitalière**
Centre Mont-Royal, Montréal

Novembre 2010

11 et 12 **La psychiatrie**
Hôtel Delta Québec, Québec

Décembre 2010

2 et 3 **L'omnipratique
d'aujourd'hui à demain**
Hôtel Delta Centre-Ville, Montréal

Février 2011

10 et 11 **Les urgences**
Hôtel Delta Québec, Québec

Mars 2011

10 et 11 **Hématologie – Oncologie**
Hôtel Sheraton Laval, Laval

Temple de la renommée médicale canadienne

intronisation de six nouveaux membres

Emmanuèle Garnier

Le 13 avril dernier, le Temple de la renommée médicale canadienne a accueilli six nouveaux membres, dont le **D^r Phil Gold**, un chercheur montréalais qui s'est distingué en immunologie et en oncologie, et le **D^r James Hogg**, qui a eu une fructueuse carrière en pneumologie à l'Université McGill.

Le Temple de la renommée a pour mission de rendre hommage aux personnes qui, par leurs découvertes et leurs innovations, ont contribué à améliorer la santé des patients canadiens et du monde entier. Situé à London, en Ontario, l'organisme, créé en 1994, tenait sa douzième cérémonie d'intronisation.

D'importants médecins chercheurs

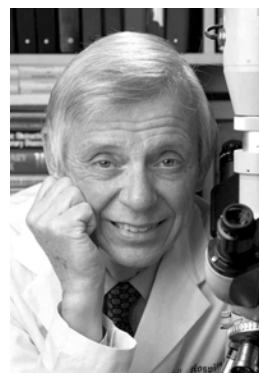
Né à Montréal, le D^r Gold a été un chercheur productif et un enseignant très apprécié. Dans les années 1960, il a découvert avec le **D^r Samuel Freedman** l'antigène carcino-embryonnaire (ACE), un marqueur tumoral présent chez 70 % des personnes cancéreuses. Premier marqueur à se révéler utile cliniquement, l'ACE est la base du test sanguin le plus utilisé en oncologie encore aujourd'hui. Le D^r Gold a également montré que cet antigène était présent dans les tissus dès le stade embryonnaire.

Grâce à la découverte de l'ACE, mais aussi au travail effectué à la Division d'immunologie et d'allergologie de l'Hôpital général de Montréal, le Centre de recherche sur le cancer de McGill a pu être créé en 1974. Le D^r Gold a ainsi vu se réaliser son rêve d'un centre de recherche de pointe.

Le D^r Hogg, né à Winnipeg, a lui aussi eu une brillante carrière à l'Université McGill. En 1968, il publie un article sur la bronchopneumopathie chronique obstructive dans lequel il propose une idée révolutionnaire : s'intéresser dans cette maladie non pas aux voies respiratoires supérieures, mais aux voies inférieures. En 1977, le D^r Hogg est déménagé en Colombie-Britannique où il a fondé un centre de recherche renommé sur les maladies pulmonaires et cardiovasculaires. ☞



D^r Phil Gold



D^r James Hogg

◀◀◀ (Suite de la page 22)

disposons d'outils diagnostiques beaucoup plus puissants et de vaccins prophylactiques incroyables. On commence même à avoir des percées du côté des vaccins thérapeutiques. C'est un âge d'or incroyable pour le domaine du VPH », estime le D^r Steben, lui-même un expert dans les infections transmissibles sexuellement et par le sang.

Dans le domaine des vaccins thérapeutiques, le **P^r Martin Kast**, de l'Université de la Californie du Sud, donnera une conférence sur les obstacles et les espoirs concernant ces nouvelles armes contre le VPH et le cancer. Le chercheur a étudié entre autres les interactions entre le papillomavirus et le système immunitaire. « Jusqu'à tout récemment, on avait l'impression qu'on avait peu à offrir du côté thérapeutique, mais il semble y avoir des découvertes importantes dans ce domaine », affirme le D^r Steben.

Le congrès va, par ailleurs, aussi s'intéresser aux pays émergents. Le **D^r Rengaswamy Sankaranarayanan**, de France, fera ainsi un exposé sur le dépistage du cancer du col de l'utérus dans les pays en voie de développement. L'an dernier, le chercheur a publié dans le *New England Journal of Medicine*, une étude montrant que le dépistage du VPH par un test viral réduisait de manière significative le nombre de cancers avancés du col utérin et de décès dus à cette maladie dans des villages d'Inde disposant de peu de ressources.

Le congrès compte également deux jours d'ateliers cliniques. Différents sujets y seront abordés comme le traitement des condylomes, les vaccins contre le VPH, l'association VPH et VIH. Il sera également question de la détection du VPH. « On recommande maintenant de plus en plus l'emploi des tests viraux pour le dépistage primaire. Il faut donc savoir comment les utiliser, pour quelles personnes y recourir, comme en interpréter les résultats et quel doit être le suivi des femmes dont la cytologie est normale et le test viral, positif », explique le D^r Steben. Il y aura également des données sur la transmission sexuelle du VPH. « C'est à Montréal qu'ont eu lieu les plus grands travaux sur la transmission sexuelle du papillomavirus grâce à deux grandes cohortes. »

Pour la première fois, la Conférence internationale sur le virus du papillome humain comportera des ateliers en santé publique. Ils porteront sur le dépistage, la vaccination, la recherche et la surveillance ainsi que sur la promotion de la santé et de l'éducation.

Pendant le colloque, des petits-déjeuners-conférences seront également organisés sur des thèmes intéressant les jeunes chercheurs et les cliniciens des pays en voie de développement. Les organisateurs attendent quelque 2500 congressistes.

Pour plus d'information : www.hpv2010.org 



**Par la Fédération
des médecins omnipraticiens
du Québec**

Épargne et investissement

Compte d'épargne libre d'impôt (CELI)
Investissement – liquidité
Régime enregistré d'épargne-retraite (REER)
Compte de retraite immobilisé (CRI)
Fonds enregistré de revenu de retraite (FERR)
Fonds de revenu viager (FRV)
Régime enregistré d'épargne-études (REEE)
Régime enregistré d'épargne-invalidité (REEI)
Courtage en valeurs mobilières
(REER autogéré, courtage à escompte ou de plein exercice)
Fonds FMOQ
Autres fonds communs de placement
Produits d'Épargne Placements Québec
Dépôts à terme
Service-conseil
Service de planification financière
Service d'analyse pour la pratique médicale en société

Les Fonds d'investissement FMOQ inc.
Montréal : 514 868-2081 ou 1 888 542-8597
Québec : 418 657-5777 ou 1 877 323-5777

Programmes d'assurances

Assurances de personnes
Assurances automobile et habitation
Assurances de bureau
Assurance médicaments et assurance maladie complémentaires
Assurances frais de voyage et annulation
Assurance responsabilité professionnelle

Dale Parizeau Morris Mackenzie :
514 282-1112 ou 1 877 807-3756

Tarifs hôteliers d'entreprise pour les membres de la FMOQ

Hôtel Maritime Plaza : 1 800 363-6255
Hôtels Gouverneur : 1 888 910-111

Direction des affaires professionnelles

D^r Michel Desrosiers, directeur
FMOQ : 514 878-1911 ou 1 800 361-8499