



Nouvelles lignes directrices d'Ostéoporose Canada il faut doubler les doses de vitamine D

Emmanuèle Garnier

Ostéoporose Canada vient de mettre à jour ses lignes directrices de 2002 sur la vitamine D, élément essentiel à la prévention de l'ostéoporose et de certaines autres maladies¹. La plupart des adultes devraient dorénavant prendre des suppléments.

LES CANADIENS DOIVENT consommer davantage de vitamine D. À la lumière de nouvelles études, Ostéoporose Canada recommande dorénavant un apport quotidien de :

- 400 UI à 1000 UI (10 µg – 25 µg) pour les adultes de moins de 50 ans en bonne santé ;
- 800 UI à 2000 UI (20 µg – 50 µg) pour les personnes de plus de 50 ans ou atteintes d'ostéoporose ;
- plus de 2000 UI pour certains patients présentant de graves carences en vitamine D (tableau 1).

Pour obtenir ces doses, la plupart des Canadiens auront besoin de suppléments. Parce qu'au nord de l'Amérique, l'exposition au soleil et l'apport alimentaire en vitamine D sont insuffisants.

Jusqu'alors, Ostéoporose Canada conseillait des doses deux fois moins fortes : 400 UI (10 µg) pour les adultes de moins de 50 ans et 800 UI (20 µg) pour les personnes de 50 ans et plus. « Ces quantités visaient à éviter une carence marquée

en vitamine D. Avec un apport quotidien de 400 UI, on ne court habituellement pas de risque d'avoir des troubles de minéralisation, comme l'ostéomalacie. Cependant, on n'obtient pas forcément un taux de vitamine D souhaitable pour la santé osseuse », explique le **D^r Louis-Georges Ste-Marie**, directeur du Laboratoire des maladies osseuses du Centre hospitalier de l'Université de Montréal.

Quel taux sérique de 25-hydroxyvitamine D faut-il atteindre ? On estime que pour réduire le risque de fracture, la concentration de ce métabolite – le meilleur indicateur du taux de vitamine D dans l'organisme – doit être d'au moins 75 nmol/l. Cependant, selon une étude de Statistique Canada, publiée en mars dernier, 65 % des Canadiens de 6 à 79 ans ne parviennent pas à ce seuil². En outre, 4 %, soit plus de 1,1 million de personnes, présentent même une carence.

1. Hanley DA, Cranney A, Jones G et coll. Vitamin D in adult health and disease: a review and guideline statement from Osteoporosis Canada. *Can Med Association J*, Juil 2010 ; doi : 10.1503/cmaj.080663.

2. Langlois K, Greene-Finestone L, Little J et coll. Les niveaux de vitamine D chez les Canadiens selon les résultats de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé, 2007-2009. Statistique Canada, n° 82-003-XPF au catalogue • Rapports sur la santé, vol. 21, n° 1, mars 2010. <http://tinyurl.com/3a9xqy5>



« Les éléments les plus importants des lignes directrices d'Ostéoporose Canada sont la recommandation de prescrire des suppléments de vitamine D à tous les adultes canadiens et de moduler la dose selon le risque de carence en vitamine D ou le risque d'ostéoporose »

– D^r Louis-Georges Ste-Marie

Pour prévenir de tels problèmes, le D^r Ste-Marie recommande des comprimés de 10 000 unités de vitamine D à prendre une fois par semaine. Il les prescrit seuls, sans calcium. « Avec les suppléments qui contiennent les deux, si le patient diminue sa prise de calcium, parce qu'il en a moins besoin qu'on le croyait ou parce qu'il a une crainte non motivée d'accroître son risque d'infarctus du myocarde (voir l'article Les suppléments de calcium sont-ils dangereux ? p. 16), son apport en vitamine D en est réduit », explique l'endocrinologue spécialisé dans les maladies osseuses et métaboliques.

Cas de déficits

Les déficits en vitamine D peuvent avoir de graves répercussions. Une simple insuffisance, soit un taux de 25-hydroxyvitamine D entre 20 nmol/l – 25 nmol/l et 75 nmol/l – 80 nmol/l, la limite inférieure souhaitable, peut diminuer l'absorption du calcium, créer une légère

hyperparathyroïdie secondaire et ainsi accroître la perte osseuse (tableau 2).

Une carence en vitamine D, où le taux sérique de 25-hydroxyvitamine D est inférieur à 20 nmol/l – 25 nmol/l, peut provoquer une mauvaise absorption du calcium et du phosphore entraînant une hyperparathyroïdie secondaire, une hypocalcémie, une hypophosphatémie, une myopathie et une ostéomalacie.

Les patients atteints d'ostéoporose, surtout si leurs traitements restent sans effet, peuvent présenter une carence en vitamine D. Les patients âgés en établissement sont également susceptibles d'avoir ce problème à cause de leur manque d'exposition au soleil. Étonnamment, ce sont toutefois les hommes de 20 à 39 ans qui sont le plus sujets à cette carence. Selon l'étude de Statistique Canada, 7 % d'entre eux auraient un taux de 25-hydroxyvitamine D au-dessous de 27,5 nmol/l. « On ne doit donc pas augmenter les suppléments

Tableau 1.

Dose de vitamine D en fonction du type de patient

Patient	Risque de déficit en vitamine D	Dose quotidienne de suppléments à prescrire	Mesure de la 25-(OH)D* sérique	Recommandations antérieures
Adultes < 50 ans en bonne santé	Faible	400 UI – 1000 UI (10 µg – 25 µg)	Non nécessaire	400 UI (10 µg)
<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Adultes ≥ 50 ans ⊗ Personnes < 50 ans atteintes d'ostéoporose ou présentant un risque d'ostéoporose 	Moyen	800 UI – 2000 UI (20 µg – 50 µg)	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Ne pas faire de dosage initial ⊗ Dans les cas de traitement de l'ostéoporose, mesurer la 25-(OH)D* après 3 mois de prise de vitamine D 	800 UI (20 µg)
Personnes présentant une grave carence, dont celles ayant : <ul style="list-style-type: none"> ⊗ des fractures récurrentes ou une perte de masse osseuse malgré un traitement contre l'ostéoporose ⊗ une maladie diminuant l'absorption ou l'action de la vitamine D 	Élevé	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Dose déterminée en fonction du taux initial de 25-(OH)D* ⊗ Une dose > 2000 UI (50 µg) peut être nécessaire 	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Mesurer la 25-(OH)D* lors de l'évaluation initiale ⊗ Prescrire un dosage de suivi pour dose > 2000 UI (50 µg) 	—————

* 25-hydroxyvitamine D

de vitamine D uniquement chez les sujets de 50 ans et plus, mais également chez les plus jeunes », souligne le Dr Ste-Marie.

Quelle quantité de vitamine D prescrire en cas d'insuffisance ? Pour faciliter les calculs, on peut considérer que 1 µg de vitamine D accroît le taux de 25-hydroxyvitamine D d'environ 1 nmol/l. Si, par exemple, un patient a une alimentation et une exposition au soleil pendant l'été qui lui permettent d'atteindre une concentration de 50 nmol/l, il lui faudra alors 25 µg (1000 UI) par jour de vitamine D pour atteindre un taux de 75 nmol/l. Certaines personnes, surtout les plus âgées et celles qui ne vont pas au soleil, peuvent toutefois avoir besoin d'une plus grande dose.

On connaît encore mal la quantité maximale de vitamine D que l'on peut prescrire. « La limite supérieure d'un apport sûr en vitamine D₃ n'a pas été bien définie, mais elle irait probablement

Tableau 2.

Taux sériques de 25-hydroxyvitamine D

Taux souhaitable.....	≥ 75 nmol/l – 80 nmol/l
Insuffisance.....	De 20 nmol – 25 nmol/l à 75 nmol – 80 nmol/l
Carence.....	< 20 nmol/l – 25 nmol/l

jusqu'à 250 µg (10 000 UI) par jour », indiquent les auteurs des lignes directrices. Dans de rares cas de carences très marquées, le patient peut avoir besoin de doses allant jusqu'à 50 000 UI (1250 µg) par jour pendant de deux à quatre semaines, puis toutes les semaines ou deux semaines par la suite.

Analyses sanguines

Quel suivi du taux sérique de 25-hydroxyvitamine D faut-il effectuer ? Selon Ostéoporose Canada, les

(Suite à la page 14) >>>>

◀◀◀ (Suite de la page 3)

apports en vitamine D recommandés chez les gens en bonne santé devraient leur donner une concentration sanguine adéquate. Il n'est donc pas nécessaire de vérifier leur taux. Les doses de 2000 UI et moins sont d'ailleurs sûres et n'exigent pas de surveillance particulière.

Le médecin doit, par contre, prescrire un dosage lorsqu'il soupçonne une carence ou une insuffisance en vitamine D qui risque de réduire l'efficacité d'un traitement comme celui de l'ostéoporose. Une surveillance est également nécessaire lorsque le patient prend plus de 2000 UI par jour. Le prélèvement sanguin peut être fait à n'importe quel moment de la journée et ne nécessite pas que le patient soit à jeun.

Le suivi du taux sérique de 25-hydroxyvitamine D ne doit, par ailleurs, pas être effectué avant trois mois de traitement. La concentration du métabolite n'atteint un plateau qu'après ce laps de temps. Toutefois, avec de fortes doses prises par voie orale ou parentérale (par exemple 500 000 UI), la concentration de 25-hydroxyvitamine D peut arriver à un pic en un mois.

Facteurs liés au déficit

Plusieurs facteurs sont associés au déficit en vitamine D. L'un des plus importants reste la faible exposition au soleil. La quantité de rayons ultraviolets nécessaire pour produire un taux suffisant de vitamine D dépend de nombreux facteurs : la latitude, l'altitude, le moment de l'année et du jour, l'âge, la pigmentation de la peau, l'habillement, les activités effectuées et la surface de peau exposée. Par exemple, pour synthétiser 1000 UI (25 µg) de vitamine D₃ à partir des rayons ultraviolets B, un jeune homme de race blanche doit exposer le quart de sa surface corporelle (les bras et presque toutes les jambes) pendant quatre minutes, temps qui correspond au quart de la dose minimale pour donner un érythème. Par contre, une personne noire qui a, à cause de la couleur de sa peau, plus de difficulté à produire une quantité

adéquate de vitamine D, ou un adulte âgé peut avoir besoin de jusqu'à 18 minutes d'exposition.

Les rayons solaires, dont les effets sont cumulatifs, ne sont cependant pas sans danger. « Les dermatologues recommandent, pour cette raison, d'éviter le soleil et de prendre des suppléments de vitamine D », mentionnent les auteurs des lignes directrices. Il ne faut pas non plus craindre d'utiliser de la crème solaire. Elle réduit la synthèse de la vitamine D, mais n'a pas été associée à des carences.

La latitude est, par ailleurs, un facteur important qui pourrait être lié aux fractures. Pour chaque augmentation de dix degrés de la latitude à partir de l'équateur, la probabilité de fracture de la hanche augmente de 0,6 %. En hiver, au-dessus du 35° de latitude Nord, les rayons du soleil ne contiennent pas assez d'ultraviolets de type B pour permettre la production de vitamine D₃. Par conséquent, pendant la saison froide, les

Canadiens risquent de présenter une insuffisance ou une carence.

L'alimentation, pour sa part, ne procure qu'un faible apport en vitamine D : de 148 UI à 236 UI (de 3,7 µg à 5,9 µg). Les principales sources comprennent le lait et la margarine, dont la supplémentation en vitamine D est obligatoire, ainsi que certains jus et yogourts auxquels elle a été ajoutée.

Selon l'étude de Statistique Canada, les facteurs associés à une basse concentration de vitamine D dans l'organisme sont : la saison hivernale, le fait de ne pas être de race blanche et une faible consommation de lait.

Effets non musculosquelettiques

On connaît bien les effets de la vitamine D sur les os. Associée à la prise de calcium, elle augmente la densité osseuse chez les femmes ménopausées et les hommes de plus de 50 ans. Chez les personnes âgées en établissement, des doses quotidiennes de 800 UI (20 µg) de vitamine D et de 1000 mg de calcium réduisent également le risque de fractures

Étonnamment, ce sont les hommes de 20 à 39 ans qui présentent le plus de carence en vitamine D. Selon une étude de Statistique Canada, 7 % d'entre eux auraient un taux sérique de 25-hydroxyvitamine D inférieur à 27,5 nmol/l.

de la hanche et de fractures non vertébrales. De plus, la vitamine D diminuerait la probabilité de chutes.


Depuis dix ans, on a découvert d'autres effets de la vitamine D. Un taux insuffisant a été lié à la présence de tumeurs malignes (en particulier de cancers colorectaux), de diabète et de sclérose en plaques et à une faible réponse du système immunitaire. On estime que les bienfaits non musculosquelettiques de la vitamine D seraient liés à un taux sérique de 25-hydroxyvitamine D supérieur à 75 nmol/l. Toutefois, aucun essai clinique à répartition aléatoire important n'a encore été effectué avec une dose efficace.

Les bienfaits de la vitamine D sont donc variés.

Pour déterminer la quantité de vitamine D à prescrire dans les cas de carence, on peut considérer que 1 µg de vitamine D accroît le taux sérique de 25-hydroxyvitamine D d'environ 1 nmol/l.

« S'il faut choisir entre les suppléments de calcium et ceux de vitamine D, c'est pour ces derniers que je vais opter, indique pour sa part le D^r Ste-Marie.

Avec l'alimentation, on peut obtenir une quantité quotidienne de 1200 mg de calcium, qui est maintenant l'apport recommandé au lieu de 1500 mg. On observe souvent en clinique que les patients à qui l'on prescrit la prise biquotidienne de comprimés de calcium additionnés de vitamine D soit ne les prennent pas parce qu'ils trouvent que cela leur donne trop de constipation ou de

problèmes digestifs, soit oublient la seconde dose de la journée. Ils n'ont ainsi pas un apport adéquat en vitamine D. Je pense qu'il faut insister davantage sur la vitamine D et moins sur le calcium. » 

Les suppléments de calcium sont-ils dangereux ? une étude imparfaite

Emmanuelle Garnier



Photo : Emmanuelle Garnier

Dr André Roussin

Une inquiétude semble planer au sujet des comprimés de calcium. Dans le *British Medical Journal* (BMJ) du 29 juillet, une méta-analyse, dont les résultats ont été diffusés dans les médias, indique que ces suppléments pris sans vitamine D sont liés à une augmentation d'environ 30 % de l'incidence d'infarctus du myocarde¹.

Mais le calcium est-il encore prescrit seul ? « Non. C'est donc un peu un faux problème », affirme

le Dr André Roussin, directeur du Laboratoire vasculaire du Centre hospitalier de l'Université de Montréal. Les auteurs de la méta-analyse reconnaissent d'ailleurs que leurs résultats ne peuvent s'appliquer aux suppléments de calcium associés à de la vitamine D.

Les résultats de ces travaux ébranlent quand même. « Il s'agit d'une étude provocante, parce qu'elle met en relief le rôle potentiellement néfaste des suppléments de calcium pris sans vitamine D », dit le spécialiste en médecine interne. L'étude du *BMJ* comporte cependant certaines faiblesses.

En fait, il est loin d'être certain que l'on peut tirer les conclusions explosives des éditorialistes de la publication. Le Dr John Cleland, un cardiologue britannique, et ses deux collègues dont aucun n'est spécialiste de l'ostéoporose, n'ont pas hésité à conclure que « les patients atteints d'ostéoporose ne devraient généralement pas être traités par des suppléments de calcium,

seuls ou associés à de la vitamine D, à moins de recevoir aussi un traitement efficace contre l'ostéoporose pour une indication reconnue. »²

Quelques jours plus tard, au Québec, *La Presse* publiait, en se fiant à l'étude du *BMJ* et à l'éditorial, un article intitulé « Les suppléments de calcium peuvent être nocifs pour le cœur. »

Ne pas dépasser 1,5 g de calcium par jour

La méta-analyse publiée dans le *BMJ* a été réalisée par le Dr Mark Bolland, de l'Université d'Auckland en Nouvelle-Zélande, et ses collaborateurs. Les chercheurs ont retenu quinze études portant sur la prise de suppléments de calcium sans vitamine D. Les moyennes d'âge des sujets – surtout des femmes – variait de 51 à 77 ans. Les études, d'une durée moyenne de quatre ans, s'intéressaient à la densité minérale osseuse, aux fractures ou aux adénomes colorectaux. Les chercheurs ont ensuite communiqué avec les auteurs de ces recherches pour obtenir les données de chaque patient concernant les problèmes cardiovasculaires. Le Dr Bolland et ses collègues ont reçu ces résultats pour cinq études. Pour six autres, ils ont obtenu un résumé des données pour l'ensemble de la recherche.

Les chercheurs ont découvert que dans les cinq études pour lesquelles ils disposaient des données individuelles des sujets, le risque d'infarctus du myocarde était accru de 31 % ($P = 0,035$) chez ceux qui prenaient du calcium. Dans les six autres recherches, la hausse du risque était de 27 % ($P = 0,038$). Le Dr Bolland et ses collègues ont par ailleurs calculé que pour qu'un infarctus du myocarde survienne, il fallait que 69 personnes aient pris des suppléments de calcium pendant cinq ans.

Cette méta-analyse est-elle fiable ? « Les événements cibles de la quasi-totalité des études sélectionnées ne portaient pas sur les problèmes cardiovasculaires. Les auteurs ont donc recueilli des données qui constituaient des critères d'évaluation secondaires ou des effets


1. Bolland MJ, Avenell A, Baron JA et coll. Effect of calcium supplements on risk of myocardial infarction and cardiovascular events: meta-analysis. *BMJ* 2010 ; 341 : c3691.

2. Cleland JG, Witte K, Steel S. Calcium supplements in people with osteoporosis. *BMJ* 2010 ; 341 : c3856.

cardiovasculaires découverts pendant l'étude. Sur le plan statistique, les puristes diraient qu'à la limite c'est inutilisable », souligne le D^r Roussin, également professeur à l'Université de Montréal.

Dans la littérature, d'autres travaux se sont penchés sur les liens entre calcium et problèmes cardiovasculaires. Le D^r Bolland a lui-même publié, en 2008, les résultats d'un essai clinique à répartition aléatoire portant directement sur l'apparition de complications cardiovasculaires chez des femmes âgées recevant des suppléments de calcium³. Il a constaté deux fois plus d'infarctus du myocarde chez les participantes prenant du calcium que chez celles recevant le placebo ($P = 0,047$). « Cependant, quand on rajoute les événements qui n'avaient pas été signalés au départ (à partir de la banque de données nationale sur les admissions dans les hôpitaux), les résultats ne sont plus statistiquement significatifs », précise le D^r Roussin.

L'un des volets de l'essai clinique Women's Health Initiative a, par ailleurs, étudié les effets de l'association du calcium et de la vitamine D⁴. Sa conclusion ? « Les suppléments de calcium et de vitamine D pris pendant sept ans n'augmentent ni ne diminuent les risques de complications coronariennes ou vasculaires cérébrales chez des femmes ménopausées généralement en bonne santé. »

Quel danger présente alors réellement le calcium ? « Pris isolément en suppléments, il pourrait potentiellement accroître le risque d'infarctus chez certains patients. Cela n'est vrai que si ces derniers ne consomment pas simultanément de la vitamine D, indique le D^r Roussin. Il est important de ne pas dépasser 1,5 g de calcium par jour, peu importe la source. Ce qui est potentiellement dangereux, c'est un supplément de 1 g par jour en plus d'un apport alimentaire adéquat, comme dans l'étude de 2008 du D^r Bolland. » 

3. Bolland MJ, Barber A, Doughty RN et coll. Vascular events in healthy older women receiving calcium supplementation: randomised controlled trial. *BMJ* 2008 ; 336 : 262-6.

4. Hsia J, Heiss G, Ren H et coll. Calcium/vitamin D supplementation and cardiovascular events. *Circulation* 2007 ; 115 : 846-54.

Abitibi- Témiscamingue début de la tournée provinciale du président de la FMOQ

Emmanuèle Garnier

Le 11 septembre, le président de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), le **D^r Louis Godin**, a entrepris sa tournée annuelle du Québec. Commenant en Abitibi-Témiscamingue, il a rencontré à Val-d'Or une quarantaine de cliniciens au cours de l'assemblée générale annuelle de l'Association des médecins omnipraticiens du Nord-Ouest du Québec (AMONOQ).

Le président a profité de l'occasion pour faire le point sur les négociations en cours avec le gouvernement pour le renouvellement de l'Entente

générale. « Nous avons dit au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) que nous avons des objectifs très précis, dont le premier était de valoriser la médecine familiale. L'omnipraticien n'a plus la cote auprès des étudiants en médecine. Parallèlement, les omnipraticiens prennent de l'âge. En outre, la demande de services augmente en raison du vieillissement de la population. Vous comprenez que l'on s'en va vers un mur. Il faut vraiment faire quelque chose », a indiqué le président aux médecins.

Le cahier des propositions que la Fédération a déposé dans le cadre des négociations vise à régler ces problèmes. « On veut s'assurer que dans un avenir raisonnable, chaque Québécois qui le désire puisse avoir un médecin de famille. Il faut que cet omnipraticien soit accessible et que tout citoyen ait la possibilité de consulter un médecin de famille au bon moment, au bon endroit. »

L'enjeu principal des négociations est, pour la FMOQ, de rendre la rémunération de ses membres équitable et concurrentielle. Entre autres, par rapport à la rétribution des médecins spécialistes.



Val-d'Or

Plusieurs des enjeux cruciaux pour la FMOQ

- Bonification de la prise en charge
- Reconnaissance de la polyvalence dans la pratique
- Rétribution de la garde en disponibilité
- Rémunération différente
- Rétribution du ressourcement et de la formation
- Rétribution de l'enseignement et de la recherche
- Rétribution des activités médicoadministratives
- Rémunération liée au rendement
- Simplification de l'Entente

« Auparavant, l'écart entre médecins de famille et spécialistes était de 20 %. Cela nous apparaît un objectif à atteindre », a affirmé le D^r Godin.

D'importants enjeux

D'autres enjeux sont également importants pour la Fédération. Elle tient ainsi à ce que le financement des cliniques médicales soit assuré et que la prise en charge des patients dans les cabinets soit reconnue. La FMOQ demande également que les omnipraticiens reçoivent de l'aide sur le plan professionnel (grâce à la collaboration d'infirmières), technique (grâce à l'informatisation) et administratif.

La Fédération désire aussi que les omnipraticiens puissent avoir des conditions de rémunération facilitant l'intégration d'autres professionnels de la santé. « Les médecins ont besoin d'aide pour suivre plus de patients. Si on veut fonctionner de façon efficace, il faut entre autres corriger la notion du "lui-même", qui fait que le médecin ne peut recevoir de compensation pour les actes effectués par les autres membres de son équipe de soins », a expliqué le D^r Godin.

En ce qui concerne des domaines particuliers, comme les soins de longue durée et les soins palliatifs, la FMOQ réclame une rémunération adéquate correspondant à la réalité clinique. Cela pourrait permettre de régler le problème de pénurie de médecins dans ces secteurs. Le cahier des propositions de la Fédération, qui compte une trentaine de pages, comprend de nombreuses demandes dans tous les domaines de pratique (*encadré*).

La FMOQ va, par ailleurs, veiller à ce qu'il y ait une équité entre les différents modes de rémunération. « C'est beau de plaider l'équité avec les autres, mais il faut être équitable entre nous. Il y a cependant deux variables dont on devra tenir compte : le type et la charge de travail », a mentionné le président.

La Fédération estime également qu'il faut préserver le modèle de pratique québécois caractérisé par la présence d'omnipraticiens à la fois en première et en deuxième ligne. « Si la nouvelle Entente générale entraînait un mouvement de médecins des cabinets vers l'hôpital, ou l'inverse, nous aurions un grave problème. »

Les négociations avancent

Après avoir reçu les demandes de la FMOQ, en mars dernier, le MSSS a répondu par un document préliminaire en avril. Une certaine ouverture y apparaît. « Il y a encore beaucoup de travail à faire. Rien n'est réglé », a cependant averti le D^r Godin.

Après la pause de l'été, les négociations en tant que telles ont commencé entre la Fédération et le Ministère. Les travaux des comités paritaires qui avaient été formés pour étudier différentes



D^r Louis Godin

Photos : Emmanuelle Garnier



Assemblée générale de l'AMONOQ

questions sont terminés. Ils s'étaient intéressés :

- à la rémunération ;
- au financement des cliniques médicales ;
- à l'organisation du travail et du soutien à la première ligne ;
- à la rémunération dans les centres hospitaliers, dans les unités de soins palliatifs et les ressources intermédiaires ;
- à la nomenclature utilisée dans la pratique hospitalière.

La FMOQ poursuit certains travaux de son côté. Elle se penche sur la rémunération mixte et l'équité entre les modes de rétribution.

« Si l'on veut valoriser la médecine familiale, cette entente est vraiment cruciale », a affirmé le président. Lorsque la FMOQ et le MSSS parviendront à un accord, les omnipraticiens auront à se prononcer sur son contenu. « Cela va vous demander de vous tenir au courant des négociations, a indiqué le D^r Godin aux médecins de l'AMONOQ. Si vous décidez d'accepter l'entente, c'est qu'elle vous conviendra. Si vous la rejetez, il n'y aura pas d'entente. Tout le monde, et surtout le gouvernement, vivra avec les conséquences de cette situation. » 🗨️



Le Nord-Ouest québécois une région à l'avant-garde

Emmanuèle Garnier

L'Abitibi-Témiscamingue a été la première région du Québec où toutes les cliniques des principales villes se sont transformées en groupes de médecine de famille (GMF). Plus de 70 000 personnes, dont environ 25 000 patients vulnérables, y sont suivies (*tableau*). Le Nord-Ouest québécois compte en tout sept GMF, dont deux vont être accrédités sous peu, un à Amos et l'autre à Ville-Marie.

« Il peut y avoir quelques médecins qui ne font pas partie des GMF, mais ceux qui y pratiquent sont nombreux dans la région. Il faut en être fier », a affirmé le **D^r Jean-Yves Boutet**, président de l'Association des médecins omnipraticiens du Nord-Ouest du Québec (AMONOQ), au cours de l'assemblée générale annuelle.

Les GMF, qui comptent 20 points de service, vont bientôt bénéficier d'un système informatique dernier cri. Chaque médecin aura sur son bureau non pas un ordinateur, mais un écran relié à un serveur qui, lui, contiendra toutes les données. Il s'agira d'un système virtuel. Il ne sera ainsi plus nécessaire de configurer chaque ordinateur du GMF, d'installer des mises à jour ou de mettre des antivirus. Toutes les opérations seront effectuées sur le serveur principal. Gardé dans un endroit sécurisé dans chaque GMF, il sera doublé d'un second serveur qui prendra instantanément la relève en cas de panne. Le système est déjà installé dans le GMF de Rouyn-Noranda. Il va l'être d'ici quelques mois dans celui de La Sarre, et plus tard dans ceux d'Amos et de Val-d'Or.

Les médecins des GMF de l'Abitibi-Témiscamingue ont déjà accès aux résultats de tests de laboratoire (MédiRésult) et, depuis un an, à l'imagerie médicale (le système PACS – Picture Archiving Communication System – qui permet de voir les images d'échographie, de rayons X, de tomodensitométrie, etc.). L'omnipraticien peut ainsi prendre connaissance des résultats des examens

Les GMF du nord-ouest du Québec

GMF	Nombre de points de service	Inscriptions au 27 mars 2010	Patients vulnérables
Aurores boréales (La Sarre)	5	10 683	4057
GMF du Centre de santé de Témiscaming	1	3186	468
Les Eskers d'Amos	2	13 389	4508
Rouyn-Noranda	7	23 202	8920
Vallée-de-l'Or	3	7146	2202
Harricana* (Amos)	1	Environ 7000	Environ 2300
Ville-Marie*	1	Environ 7000	Environ 2300

* Pas encore accrédité



Photos : Emmanuèle Garnier

D^r Jean-Yves Boutet

que ses patients ont pu passer à l'urgence ou à la demande d'un spécialiste. Grâce à ce système, il peut aussi montrer aux patients des images de leur problème, ce qui les intéresse toujours.

Cependant, certains aspects légaux et administratifs des GMF déconcertent un peu les médecins. « Cela fait longtemps que les omnipraticiens nous demandent que les contrats entre eux et le centre de santé et de services sociaux (CSSS) soient négociés par la FMOQ. Ils ne sont souvent pas très habitués au vocabulaire légal. Ils ne connaissent pas trop les contraintes que peuvent leur imposer ces contrats », affirme le D^r Boutet, qui lui-même pratique au GMF Les Eskers d'Amos. La Fédération a par ailleurs proposé au gouvernement de représenter les médecins de GMF lors de la négociation de leur contrat. « Actuellement, le ministère ainsi que les CSSS sont peu ouverts à cette approche. »

Les premières IPS

L'Abitibi-Témiscamingue compte actuellement cinq infirmières praticiennes spécialisées (IPS). « Vous savez que les deux premières du Québec ont été formées à Rouyn-Noranda », a souligné le D^r Boutet. Elles y pratiquent toujours. Val-d'Or compte maintenant également une IPS, tout comme La Sarre. Et il y en a une autre en formation à Amos.

Selon la nouvelle Lettre d'entente n^o 229 qui est entrée en vigueur le 1^{er} octobre, les médecins qui travaillent en partenariat avec une infirmière praticienne spécialisée peuvent recevoir des forfaits

divisibles totalisant 2500 \$ par mois dans les cabinets et 840 \$ dans les CLSC et les unités de médecine familiale (*pour plus d'informations, voir l'article intitulé Infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne, p. 23*)

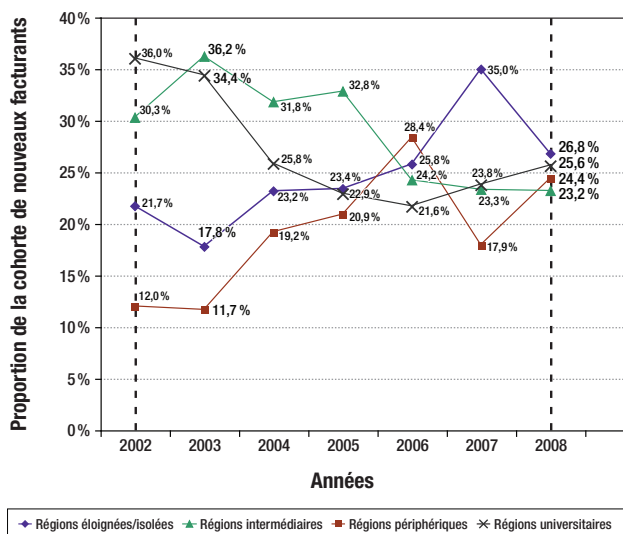
Des renforts

Comme toutes les régions, l'Abitibi-Témiscamingue manque de médecins. Cette année, le nord-ouest du Québec a eu le droit de recruter neuf omnipraticiens : sept nouveaux facturants et deux omnipraticiens venant d'une autre région. En 2011, le plan régional d'effectifs médicaux (PREM) lui en accordera le même nombre total : six jeunes diplômés et trois médecins issus d'un autre territoire.

« Je sais que les jeunes médecins n'aiment pas les PREM, mais ces mesures nous ont aidés en région. On essaie de répartir le manque d'effectifs médicaux, mais en utilisant au moins un modèle mathématique. L'écart entre les régions s'est vraiment rétréci. C'était le but des PREM », a indiqué le D^r Boutet.

Les statistiques montrent bien l'effet des PREM. Alors que les territoires éloignés ne recevaient que 18 % des nouveaux facturants en 2003, ils en obtenaient 27 % en 2008. C'était plus que les régions universitaires qui ont attiré 26 % des jeunes diplômés cette année-là, que les régions intermédiaires qui en ont eu 24 % et que les régions périphériques qui en ont récolté 23 % (*graphique p. 22*).

Évolution de la proportion de chacune des cohortes de nouveaux facturants installés selon le type de région



Source : Serge Dulude, FMOQ

Les négociations

Le sujet central de l'assemblée générale de l'AMONOQ était cependant les négociations de l'Entente générale des omnipraticiens entre la FMOQ et le gouvernement. L'association a présenté deux demandes spéciales pour le prochain accord-cadre.

La première proposition : rendre le pourcentage de rémunération dans les cabinets égal à celui qui prévaut dans les établissements pour tous les médecins ayant plus de 500 patients inscrits. Dans les régions éloignées, la rétribution des médecins ayant 20 ans de pratique et plus atteint 140 % du taux ordinaire à l'hôpital, mais seulement 125 % à la clinique. « Le médecin qui, toute sa vie, a travaillé fort en région et veut ralentir en pratiquant moins à l'hôpital et davantage en cabinet va être pénalisé. La situation est d'autant plus étonnante que l'on dit qu'il faut valoriser la prise en charge. Le problème est le même pour l'omnipraticien qui exerce depuis moins longtemps », explique le D^r Boutet. Ainsi, à la quatrième année de pratique, les généralistes obtiennent 135 % dans un établissement de soins et 125 % dans un cabinet.

La seconde demande de l'AMONOQ : bonifier le forfait de ressourcement de 50 % pour les médecins exerçant à la fois à l'hôpital et dans une clinique et ayant inscrit plus de 500 patients. « Les omnipraticiens qui pratiquent dans des cliniques médicales sont un peu agacés par le fait qu'ils ont le même forfait pour aller à un congrès que ceux qui exercent uniquement à l'urgence et n'ont pas à payer de frais de cabinet pendant leur absence », indique le président de l'association. La mesure proposée permettrait, par ailleurs, de récompenser la polyvalence et la prise en charge d'une clientèle.

L'avenir de la médecine familiale

Le D^r Boutet estime que les négociations en cours seront déterminantes pour la médecine familiale. La rémunération sera un enjeu crucial. En 2009, au Québec, un spécialiste gagnait 56 % de plus qu'un omnipraticien (et même 73 % si l'on tient compte des frais de pratique en cabinet), selon les estimations de la FMOQ. « L'écart de rémunération doit être ramené à au plus 20 % », a affirmé le D^r Boutet à ses membres.

Le président s'inquiète entre autres de la relève. « Quand les étudiants en médecine regardent la rétribution des spécialistes et celle des omnipraticiens, ils commencent à trouver la médecine familiale moins attirante. » D'ailleurs, en 2010-2011, quelque 40 % des finissants en médecine du Québec se sont dirigés en médecine générale alors que l'objectif gouvernemental est de 50 %. Selon le D^r Boutet, l'avenir de la profession est en jeu. Il faut à tout prix valoriser l'omnipraticien. 📡



Infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne l'entente est maintenant en vigueur

Emmanuèle Garnier



Photos : Emmanuèle Garnier

M^e Christiane Larouche

Les modalités de la collaboration entre omnipraticiens et infirmières praticiennes spécialisées (IPS) en soins de première ligne sont maintenant définies. Depuis le 1^{er} octobre, la Lettre d'entente n° 229 précise les différents aspects financiers et administratifs de l'intégration de ces

professionnelles de la santé aux cliniques médicales, aux CLSC et aux unités de médecine familiale (UMF).

L'objectif de l'accord que viennent de signer la FMOQ et le gouvernement est d'apporter de l'aide aux médecins de famille et d'améliorer l'accès des patients aux soins de première ligne. La présence de l'infirmière praticienne y est cruciale. Son rôle avait déjà été bien défini par le Collège des médecins du Québec en 2008. « L'IPS en soins de première ligne peut suivre des patients de tous les âges. Il faut cependant qu'ils soient ambulatoires et présentent des problèmes de santé courants ou aient une maladie chronique stable, rappelle M^e **Christiane Larouche**, avocate à la FMOQ. Dès que la situation sort de ces paramètres-là, l'infirmière doit en référer au médecin partenaire. »

L'omnipraticien n'a cependant pas à surveiller chaque cas que traite l'infirmière praticienne. Il doit plutôt effectuer une supervision globale de la qualité de ses actes médicaux. Son rôle ressemble un peu

à celui d'un chef de département. « Dans un hôpital, le chef de l'urgence, par exemple, peut décider de revoir tous les cas d'asthme. Il doit se demander avec ses collaborateurs : est-ce qu'on a eu de bons résultats ? Y a-t-il des lacunes ? Que devrait-on améliorer ? », explique le D^r **Serge Dulude**, directeur de la Planification et de la Régionalisation à la FMOQ.



D^r Serge Dulude

Rémunération et frais de pratique

La Lettre d'entente n° 229 se penche, entre autres, sur les côtés pécuniaires de la collaboration médecins-infirmières.

Sur le plan de la rétribution, les omnipraticiens partenaires sont rémunérés pour la surveillance générale des activités médicales de l'IPS, l'observance des normes, les discussions de cas, les rencontres d'équipe et la révision des dossiers. Leur rétribution prend la forme de forfaits hebdomadaires. Pour chaque infirmière praticienne travaillant 35 heures par semaine, une banque de quarante-deux forfaits par mois, qui peut être partagée entre plusieurs praticiens, est prévue. Dans les cliniques médicales, un forfait s'élève à 59,65 \$. Dans les CLSC et les UMF, il est de 20 \$ pour les cliniciens rémunérés à tarif horaire ou à honoraires fixes et de 44,20 \$ pour ceux qui sont rétribués selon le mode à l'acte (*tableau*).

Les cabinets privés qui accueilleront une infirmière praticienne recevront du centre de santé et de services sociaux (CSSS) une allocation mensuelle pour les frais liés à sa pratique. La somme est de 2500 \$ par mois pour une infirmière travaillant à temps plein pour couvrir le coût du loyer, du secrétariat, du lien Internet, de la ligne téléphonique, du télécopieur et des fournitures médicales à usage unique. « On

Forfait des médecins partenaires selon le lieu de pratique

	Rémunération à tarif horaire ou à honoraires fixes	Rémunération à l'acte
Cabinet médical	—	59,65 \$
CLSC	20 \$	44,20 \$
UMF	20 \$	44,20 \$

s'est inspiré des coûts des médecins qui pratiquent en cabinet », indique le D^r Dulude qui a participé à la négociation de l'entente.

Le CSSS fournit également à la clinique l'ameublement, le poste informatique et les fournitures médicales durables nécessaires à l'IPS. Il devra les remplacer lorsque cela sera nécessaire. Si le cabinet les possède déjà, il pourra recevoir un dédommagement.

Entente écrite avec l'IPS

Le CSSS peut fournir les services d'une infirmière praticienne à des cliniques médicales, mais il ne leur impose pas son choix. Les médecins partenaires participent d'ailleurs à la sélection de leur collaboratrice.

Une fois l'IPS en soins de première ligne choisie, l'omnipraticien, qu'il travaille dans un cabinet privé, une UMF ou un CLSC, doit conclure avec elle une entente de partenariat écrite. « Les éléments clés de la collaboration doivent être précisés dans l'entente, comme les activités que va effectuer l'infirmière praticienne et son type de clientèle. Va-t-elle suivre des personnes de tous les âges ? Va-t-elle s'occuper des jeunes enfants et des femmes enceintes ? Va-t-elle voir des patients aux consultations sans rendez-vous ? Il faut arrimer les activités de l'infirmière praticienne avec celles du médecin », explique M^c Larouche. L'entente doit également préciser l'horaire de travail de l'infirmière, les cas où elle doit consulter le médecin, les mécanismes de communication avec lui, la disponibilité de ce dernier, etc. Le Collège des médecins du Québec propose un modèle d'entente et un guide pratique pour rédiger le contrat dans les annexes de son document intitulé : *Étendue des activités médicales exercées par l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne**.

Forfaits d'inscription et de prise en charge

La venue de l'infirmière ne pénalise pas l'omnipraticien en ce qui concerne les forfaits d'inscription et de prise en charge. Même si l'IPS effectue l'examen ou la thérapie à la place du clinicien, les patients sont inscrits au nom de

ce dernier qui recevra le forfait prévu. Par la suite, le patient sera considéré comme actif s'il a été traité ou examiné par l'un ou par l'autre. Toutefois, dans le cas des patients vulnérables, c'est l'omnipraticien qui doit effectuer l'examen ou le traitement au moment de l'inscription.

Mais qu'arrive-t-il si la rémunération du médecin diminue parce que l'infirmière praticienne voit les cas les moins lourds ? La lettre d'entente comprend une garantie de revenu. Ainsi, les médecins partenaires exerçant dans une clinique médicale ont l'assurance, pendant les deux premières années, que leur revenu sera maintenu si leur charge de travail clinique est restée la même. Le point de référence sera la rémunération des deux années précédant l'arrivée de l'infirmière. Les cas seront soumis à un comité paritaire FMOQ – MSSS qui les analysera et pourra proposer, s'il y a lieu, une compensation.

Les démarches à faire

Comment obtenir les services d'une infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne ? Il faut s'adresser à son département régional de médecine générale (DRMG). Après l'analyse des besoins exprimés, ce dernier communiquera avec le CSSS qui, lui, a une autorité administrative sur les infirmières praticiennes.

Les cohortes d'IPS en soins de première ligne seront gérées un peu comme les effectifs en médecine générale. « Cette année, un certain nombre d'infirmières praticiennes diplômées arriveront sur le marché du travail. Un comité va se pencher sur leur répartition à l'échelle provinciale et va déterminer combien d'entre elles pourront s'installer à Montréal, à Québec, etc. Le DRMG de chaque région étudiera ensuite les besoins de son territoire, consultera sa table locale et ses médecins. Pour nous, il est essentiel que les omnipraticiens sur le terrain puissent faire connaître leur intérêt et leurs besoins concernant les IPS en soins de première ligne », affirme le D^r Dulude.

La collaboration entre médecins et infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne a déjà débuté. Au cours de l'année, une centaine d'infirmières ont commencé à participer à ce partenariat. L'entente sera d'ailleurs rétroactive au 1^{er} décembre 2009. ☺

* Pour télécharger le document, aller dans le site de la FMOQ (www.fmoq.org) ou directement à <http://tinyurl.com/383ebbs>.

pratico-pratique

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

Version électronique des formulaires de la SAAQ

Il est toujours pratique de disposer de la version électronique d'un questionnaire à remplir pour les patients. On peut répondre aux questions à l'écran ou l'imprimer si la personne l'a oublié.

Les versions électroniques des quatre nouveaux formulaires de la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ), destinées à faciliter le traitement des réclamations des victimes d'accidents, existent bel et bien. Elles sont dans Internet, même si on ne peut les trouver avec les moteurs de recherche. « La SAAQ les a mises dans son extranet santé. On les obtient en allant au www.saaq.gouv.qc.ca/sante », explique le **D^r Michel Desrosiers**, directeur des Affaires professionnelles à la FMOQ.

On peut ainsi télécharger le Rapport médical initial, le Rapport médical d'évaluation, le Rapport médical d'évolution et le Rapport médical sur les séquelles. On peut remplir ces formulaires à l'écran avant de les imprimer. Cependant, les données inscrites ne pourront être ni sauvegardées, ni envoyées par Internet. **EG**

Du miel pour les hypoglycémies

Comment traiter une hypoglycémie grave quand on n'a pas de glucagon sous la main ? C'est dans cette situation que s'est retrouvée la **D^{re} Lucie Morneau**, de Québec. L'omnipraticienne était dans un restaurant quand un serveur a demandé : « Y a-t-il un médecin dans la salle ? »

Un jeune homme diabétique était assis sur sa chaise, complètement stuporeux. Probablement en hypoglycémie. « Il pouvait encore parler, mais ne pouvait ni boire ni manger. J'ai dit au serveur : "Vite ! Apportez-moi du miel !" », raconte la **D^{re} Morneau**. Praticiquant dans un CHSLD, elle avait vu des infirmières en mettre dans la bouche de résidents en hypoglycémie incapables d'avaler.

Sous la direction de l'omnipraticienne, la mère du jeune homme lui a appliqué du miel à l'intérieur des joues en petites quantités pour qu'il ne s'étouffe pas. Après quelques minutes, il a commencé à reprendre connaissance. Au bout de trois ou quatre coupelles de miel, le jeune homme allait beaucoup mieux.

« Ce que le médecin a fait était tout à fait adéquat, parce que le patient était semi-conscient, explique la **D^{re} Agnès Râkel**, endocrinologue au CHUM. On peut aussi utiliser du sirop de maïs, un sachet de sucre dissous dans l'eau ou de l'Insta-glucose, un produit qui s'applique à l'intérieur de la joue. Cependant, quand une personne est inconsciente, on ne doit pas la faire boire ni manger. » **EG**

Aborder la question de la violence

Certains patients consultent sans cesse pour des symptômes déconcertants : un mal de ventre, une céphalée, une douleur sans cause apparente. Leurs résultats d'examen sont continuellement négatifs. « Il faut alors émettre l'hypothèse que la personne puisse être victime de violence », affirme le **D^r Richard Boulé**, médecin de famille et professeur à l'Université de Sherbrooke.

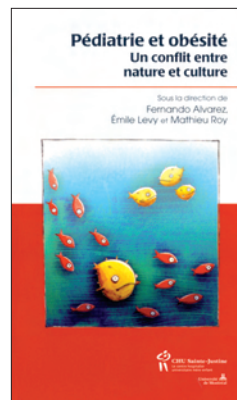
Mais comment aborder cette délicate question ? On peut d'abord indiquer au patient qu'aucun des nombreux tests qu'il a passés n'a été concluant. Il faut donc chercher sur un autre plan. « On peut ensuite lui dire : "La vie comporte parfois des changements ou des difficultés. Est-ce le cas pour vous sur le plan familial, conjugal ou personnel ?" Si une patiente parle de son couple, on peut l'interroger : "Tous les couples ont à l'occasion des divergences d'opinions. Comment cela se passe-t-il chez vous lorsque cela arrive ?" », indique le médecin. Puis, on peut interroger la personne sur ce qui est arrivé la dernière fois qu'il y a eu un conflit. Les questions peuvent ensuite devenir plus précises. « Votre conjoint utilise-t-il des paroles humiliantes ? Vous fait-il des reproches ? Vous empêche-t-il de sortir ? Crie-t-il ? Vous menace-t-il ? » Et finalement, on peut demander à la patiente s'il la frappe.

« Il faut partir du général et aller vers des questions plus ciblées. Cela permet d'ouvrir la porte et d'aider la personne à se confier. Il faut le faire de manière progressive », dit le **D^r Boulé**. Le médecin peut ainsi épauler sa patiente, puis l'orienter vers les ressources appropriées. **EG**

Pédiatrie et obésité

Un conflit entre nature et culture

*Sous la direction de Fernando Alvarez,
d'Émile Levy et de Mathieu Roy*



Le problème de l'obésité chez les enfants est complexe et multifactoriel. Si dès l'âge préscolaire, un tout-petit consomme un surplus de 100 kcal par jour, ce qui est l'équivalent de deux pommes, au bout de dix ans, il aura accumulé environ 5 kg, révèle la **D^{re} Élisabeth Rousseau**, pédiatre spécialisée en nutrition. Depuis un quart de siècle, au Canada comme ailleurs, l'obésité a progressé de manière phénoménale. Au Québec, 23 %

des jeunes ont un surplus de poids.

Le texte de la D^{re} Rousseau, *Une approche épidémiologique des problèmes de surpoids chez les jeunes Québécois*, fait partie des actes du colloque Pédiatrie et obésité, qui a eu lieu en 2008, au Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine. Médecins, professeurs, chercheurs s'étaient rassemblés pour faire le point sur cette question.

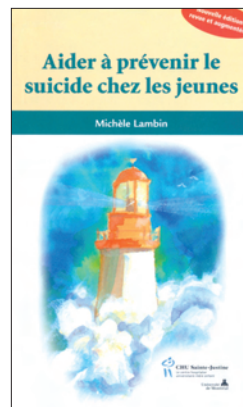
Le livre aborde entre autres le rôle des parents dans la prise de poids de l'enfant. Un chercheur, qui a étudié le diabète dans les communautés autochtones, estime pour sa part que la surcharge pondérale, tout comme la maigreur, serait socialement contagieuse, « c'est-à-dire qu'elle se transmettrait par l'entremise des réseaux sociaux ». Un chapitre se penche, par ailleurs, sur les nouveaux rapports au corps et à l'alimentation qu'a amenés l'ère moderne. L'ouvrage discute également du rôle des « hôpitaux promoteurs de la santé », un concept mis de l'avant par l'Organisation mondiale de la Santé, dans l'épidémie d'obésité chez les enfants. 📖

Éditions du CHU Sainte-Justine, Montréal, 2010, 212 pages, 34,95 \$

Livres Emmanuèle Garnier

Aider à prévenir le suicide chez les jeunes

De Michèle Lambin



La question du suicide chez les jeunes est particulièrement troublante. Surtout pour les parents. Travailleuse sociale et thérapeute, **M^{me} Michèle Lambin** a rédigé à leur intention un guide pour leur permettre de reconnaître les symptômes d'un état suicidaire et d'aider le jeune.

Intervenant depuis plus de trente ans auprès de jeunes et de leur famille, l'auteure explique les indices

d'un comportement suicidaire. Pour exprimer sa souffrance, le jeune peut lancer des messages verbaux directs ou indirects et changer sur le plan comportemental et affectif. Ainsi, l'adolescent peut dire : « Je ne veux plus vivre » ou, moins directement, « Vous allez bientôt avoir la paix ». Son état affectif peut changer. On ne le reconnaît plus. Il peut passer du rire aux larmes, de la colère au je-m'en-foutisme. Son comportement se transforme aussi. Il peut se placer dans des situations dangereuses pour frôler la mort ou donner des objets auxquels il tient. « C'est l'ensemble des différents symptômes qui peut déterminer si un jeune est suicidaire. Dès l'apparition d'un signe, il faut vérifier si d'autres signes sont présents », affirme M^{me} Lambin.

L'auteure explique ensuite aux parents ce qu'ils peuvent faire : parler avec leur enfant de la question du suicide, aller chercher de l'aide, encourager le jeune à suivre un traitement et être présent. L'ouvrage présente également les facteurs de risque liés au suicide, les facteurs précipitants et les facteurs protecteurs. 📖

Éditions du CHU Sainte-Justine, Montréal, 2^e éd., 2010, 232 pages, 19,95 \$

Prochaines assemblées générales des associations affiliées à la FMOQ

Associations	Date et heure	Endroit
AMOEP	Vendredi 8 octobre 12 h 15	Hôpital Louis-H. Lafontaine 7401, rue Hochelaga Montréal (Québec) H1N 3M5 Montréal (Québec)
CLSC	Vendredi 15 octobre 13 h 30	Nouvel Hôtel et Spa 1740, boul. René-Lévesque Ouest Montréal (Québec) H3H 1R3 514 931-8841
Saguenay– Lac-Saint-Jean	Jeudi 21 octobre 13 h 30	Hôtel Universel Alma 1000, boul. des Cascades Alma (Québec) G8B 3G4 800 263-5261 ou 418 668-5261
Québec	Vendredi 22 octobre 13 h 30	Sheraton Four Points 7900, rue du Marigot Québec (Québec) G1G 6T8 418 627-8008
Côte-du-Sud	Samedi 23 octobre	Centre de congrès de Lévis 5750, rue J.-B. Michaud Lévis (Québec) G6V 0B2 418 838-3811 ou 888 838-3811
Richelieu– Saint-Laurent	Jeudi 28 octobre	Informations à venir
Ouest-du-Québec	Vendredi 29 octobre 13 h 30	Casino du Lac-Leamy 1, boul. du Casino Gatineau (Québec) J8Y 6W3 819 772-2100 ou 800 665-2274
Mauricie	Mercredi 3 novembre	Hôtel Delta 1620, rue Notre-Dame Centre Trois-Rivières (Québec) G9A 6E5
Laurentides– Lanaudière	Mercredi 10 novembre	Club de golf Le Mirage 3737, chemin Martin Terrebonne (Québec) J6X 0B2 450 477-7280

Liste des nouveaux GMF annoncés par le ministère de la Santé et des Services sociaux

GMF	Villes ou quartiers desservis
Outaouais	
<ul style="list-style-type: none"> ⊗ GMF Omni-Plateau Points de services : ⊕ Omnclinique de l'Outaouais ⊕ Clinique médicale du Plateau ⊕ Clinique médicale Champlain 	Gatineau et les environs
Montréal	
<ul style="list-style-type: none"> ⊗ GMF Désy-Sainte-Colette 	Ahuntsic et Montréal-Nord
<ul style="list-style-type: none"> ⊗ GMF Ahuntsic Points de services ⊕ Clinique médicale Ahuntsic ⊕ Clinique médicale Pas-à-Pas ⊕ CLSC Ahuntsic 	Ahuntsic
Laurentides	
<ul style="list-style-type: none"> ⊗ GMF Saint-Antoine 	Saint-Jérôme
<ul style="list-style-type: none"> ⊗ GMF Saint-Hippolyte 	Banlieue de Saint-Jérôme
<ul style="list-style-type: none"> ⊗ GMF Antoine-Labelle 	Saint-Jérôme
Etrie	
<ul style="list-style-type: none"> ⊗ GMF du Haut-Saint-François Points de services : ⊕ Clinique de santé de Cookshire ⊕ CSSS du Haut-Saint-François ⊕ point de services La Patrie ⊕ point de services Weedon 	Cookshire, La Patrie, Weedon
Chaudière-Appalaches	
<ul style="list-style-type: none"> ⊗ GMF Beauceville Points de services : ⊕ Clinique familiale de Saint-Victor et les environs ⊕ Coopérative de santé Robert-Cliche ⊕ cabinet du D^r Bruno Roy ⊕ cabinet du D^r Jean-Claude Nadeau 	Saint-Victor, Beauceville, Tring-Jonction



**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 : 1 888 910-1111

Direction des affaires professionnelles

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



Congrès de formation médicale continue FMOQ

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

Janvier 2011

du 17 au 21 **La FMOQ sous d'autres cieux**
Buenos Aires, Argentine

Février 2011

10 et 11 **L'appareil locomoteur**
Hôtel Delta Québec, Québec

Mars 2011

17 et 18 **Hématologie – Oncologie**
Hyatt Regency Montréal, Montréal

Avril 2011

14 et 15 **La pédiatrie**
Hôtel Delta Québec, Québec