

# Changements à la RAMQ

## un nouveau type d'inspection

*Emmanuèle Garnier*



Photo : SuperStock

**La Régie de l'assurance maladie du Québec désire à la fois mieux comprendre la façon dont les médecins interprètent l'Entente et détecter plus tôt les éventuelles erreurs de facturation. Pour cela, elle a créé un nouveau genre de vérification que vous pourriez découvrir sous peu.**

**S**I VOUS RECEVEZ une lettre de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) dans les prochaines semaines, ne vous inquiétez pas trop vite. Surtout si elle ne vous réclame qu'un seul dossier. La Régie lance un nouveau type de contrôle, « l'analyse de la conformité de la facturation ». Son but : mieux comprendre la manière dont les médecins de famille interprètent et appliquent l'Entente.

La RAMQ ne vous réclamera pas 35 dossiers comme elle le fait dans ses vérifications habituelles, mais un seul. Vous serez cependant des centaines à avoir à répondre à cette demande. La Régie va envoyer des lettres à quelque 200 médecins toutes les deux semaines, pendant deux mois.

Cette vérification devrait permettre à la Régie de trouver les erreurs de facturation les plus fréquentes. « On va aller chercher un vaste échantillonnage de dossiers et on va regarder si les actes ont été bien facturés ou non. On va ainsi être en mesure de découvrir des problèmes de toute nature », explique la D<sup>re</sup> **Hélène Roy**, chef du Service de l'analyse de la facturation à la RAMQ.

### **Ne plus se fier au hasard**

Il y a trois ans, la RAMQ a repéré un médecin qui, étrangement, facturait systématiquement une thérapie psychiatrique de soutien avec un examen complet. Vérification faite, l'omnopraticienne effectuait bien la thérapie



**« On essaie de savoir comment les médecins comprennent l'Entente. On pense qu'en demandant un dossier à plusieurs personnes on devrait avoir un portrait représentatif de la manière dont l'ensemble du groupe comprend la situation. »**

– D<sup>re</sup> Hélène Roy

de soutien. Toutefois, à la place de l'examen complet, elle pratiquait un examen musculosquelettique. Suivant des athlètes de haut niveau, elle procédait à un examen très détaillé et pouvait remplir une page entière de notes. « En fonction du temps qu'elle passait avec le patient, cela n'avait pas de bon sens de facturer un examen ordinaire », affirme la D<sup>re</sup> Roy. Il s'agissait du troisième cas de ce genre que découvrait la Régie. L'un des médecins touchés avait même abandonné le système public parce qu'il n'était pas rentable dans son type de pratique de ne facturer que des examens ordinaires. La D<sup>re</sup> Roy a alors discuté du problème avec des représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ). « Il y a ensuite eu une modification du libellé. Maintenant, la définition

de l'examen complet comprend l'examen musculosquelettique. »

Jusqu'à présent, la découverte de ce genre de situation était toujours le fruit du hasard. Il fallait donc une nouvelle approche. Une vérification complémentaire aux inspections que la RAMQ menait déjà. Elle avait besoin d'obtenir des données objectives sur la manière dont les médecins se servent de l'Entente dans leur pratique quotidienne.

Les nouveaux contrôles que la Régie vient de mettre sur pied seront de deux ordres : un sur l'Entente globale et un sur des codes d'acte précis. Dans le premier cas, la RAMQ vérifiera 864 dossiers pour trouver les problèmes cachés de l'accord-cadre. Elle part un peu à la pêche, sans cibler de situation particulière. « On va peut-être constater que le taux de conformité entre la facturation et l'Entente

n'est pas optimal. Peut-être que les médecins comprennent mal l'Entente et qu'elle a besoin d'être éclaircie. Peut-être que l'Entente ne reflète pas vraiment ce que les médecins font. Peut-être que tel code est vieilli et aurait besoin d'être actualisé. »

La Régie va ainsi recueillir des données, établir des statistiques et dresser un profil des erreurs de facturation. « On pense qu'en demandant un dossier à de nombreux médecins, on devrait obtenir un portrait représentatif de la manière dont l'ensemble du groupe comprend la situation. On voudrait passer d'une méthode intuitive à une méthode objective et structurée », indique la D<sup>re</sup> Roy.

### Contrôles de codes d'acte précis

Parallèlement à la vérification globale de l'Entente, la Régie va aussi faire des contrôles ciblés sur des codes d'acte. En particulier sur ceux qui semblent mal compris. « Le meilleur exemple, c'est l'intervention en situation complexe. C'est très flou. Qu'est-ce qu'une intervention ? Qu'est-ce qu'une situation complexe ? C'est de cet ordre-là. » Mais d'autres libellés pourraient aussi faire l'objet d'inspections : la surveillance, la réanimation ou le patient en perte importante d'autonomie.

Pour procéder à ces vérifications, la RAMQ demandera, pour chaque sujet sélectionné, un dossier à environ 200 médecins de famille. « On vérifiera la manière dont les médecins comprennent un code d'acte. Cela nous permettra de disposer d'informations tangibles pour avoir une solution appropriée et corriger le problème à la source », précise la D<sup>re</sup> Roy.

La Régie recourra à ce type d'inspections entre autres si elle se rend compte qu'elle doit régulièrement ouvrir des dossiers à cause du même type de problème. Ou encore si un grand nombre de médecins sanctionnés pour la même erreur contestent la pénalité qui leur a été

imposée. Les informations recueillies pourraient également aider la RAMQ à prendre certaines décisions de gestion.

### Un logiciel pour automatiser les demandes

Pour automatiser ses demandes de renseignements auprès des médecins, la Régie a mis au point un système d'applications informatiques. « Pour l'instant, la première demande en lot va toucher les médecins omnipraticiens, mais éventuellement les spécialistes seront aussi visés », indique la chef du Service de l'analyse de la facturation.

Les documents que les médecins de famille devront fournir à la Régie pourront être des copies des rapports de consultation, d'examen, de laboratoire ou de toute autre pièce pertinente. Ce qui sera vérifié ? La manière dont le service facturé a été documenté, l'exactitude de la date de l'acte inscrite et la conformité avec l'Entente concernant le libellé de l'acte, le modificateur et le nombre d'unités.

Ces contrôles pourront-ils aboutir à des amendes ? On ne peut jamais dire jamais, reconnaît la D<sup>re</sup> Roy. « Cependant, la Régie ne peut pas fonder son appréciation de la facturation d'un médecin sur un seul dossier. Je ne pense pas que notre nouveau type de contrôle va servir à ouvrir des dossiers

individuels ni donner lieu à des récupérations financières importantes. »

Le médecin aura 60 jours pour répondre. Après, il recevra une relance qui lui donnera un délai supplémentaire de 30 jours. « La seule situation dans laquelle le médecin pourrait avoir une pénalité, c'est s'il ne répond pas à la demande de renseignements. Un article dans l'Entente générale donne à la Régie le droit de demander des renseignements sur les services qu'elle a payés et de réclamer le remboursement de l'acte facturé si elle n'obtient pas de réponse. »

(Suite à la page 13) >>>

*En moyenne, chaque omnipraticien devrait recevoir une demande de dossier au cours des cinq prochaines années.*

### Une bonne initiative selon la FMOQ

La FMOQ voit d'un bon œil la nouvelle initiative de la Régie. « Son nouveau type d'inspection permettra de découvrir les situations problématiques avant qu'elles aient pris des dimensions démesurées », explique le D<sup>r</sup> Michel Desrosiers, directeur des Affaires professionnelles à la FMOQ.

Les médecins qui font l'objet d'un contrôle de la RAMQ en sortent souvent ébranlés. Stress, angoisse, longues heures de recherche pour répondre aux demandes, frustration, sentiment d'injustice et, éventuellement, lourdes pénalités financières. « Le nouveau type de vérification pourrait potentiellement éviter à bon nombre de médecins de vivre de telles situations. C'est un peu plus de travail pour chaque médecin parce qu'il peut se faire demander un dossier un peu plus souvent qu'avant, mais c'est un très faible prix par rapport à ce qui pourrait l'attendre si la Régie découvre une erreur et remonte trois ans en arrière. »

La FMOQ va peut-être elle-même proposer à la Régie des codes d'acte à vérifier. « Nous sommes actuellement en train de créer une nouvelle nomenclature pour les services aux patients admis dans les établissements de soins de courte et de longue durée. Nous avons l'impression que les nouveaux libellés sont très clairs, mais cela peut ne pas être le cas pour les médecins sur le terrain. On pourrait donc demander à la RAMQ de se pencher sur ces codes dans un an. »



Photo : Emmanuèle Garnier

D<sup>r</sup> Michel Desrosiers

### Une demande par médecin tous les cinq ans

Jusqu'à présent, les inspections de la Régie reposaient principalement sur les écarts de facturation. Grâce à un logiciel de détection, elle peut repérer les médecins dont la facturation diffère de façon marquée de celle de leurs confrères. Cependant, certains problèmes n'apparaissent pas sur l'écran radar de la RAMQ. Par exemple, si l'erreur n'entraîne pas d'écart de facturation, si de nombreux praticiens se méprennent de la même manière ou si un médecin sous-facture ses services.

Pour les médecins, l'un des bienfaits de la nouvelle méthode de contrôle sera la détection plus précoce des erreurs de facturation. Normalement, la RAMQ peut retourner 36 mois en arrière pour se faire rembourser. La facture peut donc être lourde. « À la RAMQ, on se fait dire tous les deux mois par des médecins : "Ça fait douze ans que je facture ainsi. Pourquoi ne me l'avez-vous pas dit avant ?" C'est parce qu'on ne l'avait pas trouvé », indique la D<sup>re</sup> Roy.

Pour la RAMQ, « l'analyse de la conformité de la facturation » ouvre de nouvelles portes. Elle pourra dorénavant intervenir quand un code d'acte sera mal compris. Elle pourra adopter

des mesures éducatives en expliquant aux médecins la bonne manière de procéder. Mais elle pourra aussi miser sur une action préventive en avertissant le MSSS et la FMOQ d'une lacune dans l'Entente. « On va pouvoir retourner vers les parties négociantes lorsqu'un point de l'Entente nécessite un éclaircissement et leur fournir des informations objectives pour les aider à prendre la meilleure décision. On veut changer l'approche "correction individuelle des erreurs" par l'approche "résolution de problèmes à la base" », précise la D<sup>re</sup> Roy.

Dorénavant, la Régie devrait également repérer plus tôt les pratiques émergentes. Cela facilitera la modernisation de l'Entente. Il y a quelques mois, la RAMQ s'est rendu compte, grâce à deux médecins qui avaient des écarts de facturation, qu'il n'y avait pas de code d'acte pour l'injection létale au fœtus lors de l'avortement tardif. Personne n'y avait songé jusqu'alors.

Les médecins seront donc davantage sollicités par la Régie. En moyenne, chaque omnipraticien devrait recevoir une demande de dossier au cours des cinq prochaines années. La RAMQ a pour objectif de faire le portrait de la situation annuellement. 📞

# Entrevue avec le D<sup>r</sup> Pierre Martin

## Trouver un médecin de famille à des groupes entiers de patients



Photo : Emmanuelle Garnier

D<sup>r</sup> Pierre Martin

*Débordant d'idées, l'Association des médecins omnipraticiens de la Mauricie (AMOM) et son président, le D<sup>r</sup> Pierre Martin, ont trouvé différentes solutions pour la première ligne : comment donner des médecins à des groupes entiers de patients vulnérables et de personnes en bonne santé, comment inciter les jeunes omnipraticiens à pratiquer dans un cabinet et comment faciliter le transfert de patients des cliniciens âgés à leurs collègues débutants.*

**M.Q. – En plus d'être le président de l'AMOM, vous êtes aussi le coordonnateur adjoint du guichet d'accès de Trois-Rivières. Selon vous, comment pourrait-on donner un médecin de famille à plus de patients ?**

P.M. – Il faut chercher à favoriser la prise en charge de cohortes de patients plutôt que d'individus. La plupart des guichets d'accès appellent les médecins à tour de rôle pour leur demander de prendre un patient. C'est un peu à la pièce, à l'unité. À Trois-Rivières, on est en train de regarder la possibilité de regrouper les patients qui souffrent d'une même maladie et d'offrir au médecin qui les prendrait en charge des ressources pour alléger sa tâche. Le centre de santé et de services sociaux pourrait fournir, par exemple, une infirmière à mi-temps à un ou deux médecins d'un même cabinet qui accepteraient de recevoir un groupe de patients diabétiques. Il s'agirait de groupes de peut-être 10, 50 ou 100 patients. On leur enverrait une infirmière qui organiserait leur pratique. Elle se chargerait de faire les demandes de tests de laboratoire, de prendre la pression, etc. Elle ne ferait voir aux médecins que les patients qui ne vont pas bien. Eux ajusteraient les posologies. Ils auraient un beau protocole de prise en charge. Depuis peu, d'ailleurs, on dispose d'ordonnances collectives pour les patients diabétiques.

**M.Q. – Y a-t-il des médecins intéressés par cette formule ?**

P.M. – Oui. On a un médecin qui accepterait de prendre en charge de nombreux patients diabétiques si on lui présente un projet pour bien le soutenir. Il faut donc lui en proposer un. S'il l'accepte, on enclenche le processus à l'automne.

On a aussi beaucoup de patients atteints de bronchopneumopathie chronique obstructive qui sont à la recherche d'un médecin de famille. On pourrait avoir la même approche pour permettre à des cliniciens de suivre un plus grand nombre de ces personnes grâce à l'aide d'une inhalothérapeute.

Une des raisons pour laquelle on a pensé à une telle manière de procéder, c'est que, à Trois-Rivières, 60 000 personnes n'ont pas de médecin de famille. Elles ne sont pas toutes inscrites au guichet, mais un certain pourcentage l'est.

**M.Q. – C'est une idée de l'association ?**

P.M. – C'est l'idée de l'AMOM par mon intermédiaire. Je suis allé cogner à la porte du guichet d'accès de Trois-Rivières pour leur offrir mes services. J'ai alors été nommé coordonnateur adjoint du guichet. On a eu une première rencontre où j'ai présenté mes idées aux autres membres. Ils ont trouvé cela très intéressant.

**M.Q. – Et que ferez-vous pour les patients en bonne santé du guichet d'accès ?**

P.M. – Le guichet d'accès a tendance à prioriser les personnes les plus malades, donc les P1, P2, P3. Par conséquent, les patients P4 et P5 ont moins de chance d'obtenir un médecin de famille. Cependant, à Trois-Rivières, comme partout dans la province, on forme des infirmières praticiennes. Les médecins d'ici en veulent tous une dans leur clinique. On pourrait donc lier les services de ces infirmières à 400 dossiers P4.

**M.Q. – Donc l'infirmière praticienne arriverait avec des patients ?**

P.M. – Oui. On va dire aux médecins : « Vous voulez avoir une infirmière praticienne avec vous ? Excellent ! Regardez, on considère qu'elle est capable de prendre en charge 400 patients P4 ou P5. Et justement, on les a au guichet d'accès ! »

**M.Q. – Pour le médecin, c'est quand même avantageux, parce qu'il va augmenter sa clientèle de 400 patients.**

P.M. – Oui, il va accroître sa clientèle de patients inscrits. S'il pratique dans un établissement, cela peut lui permettre d'atteindre le niveau de 1500 patients inscrits et d'augmenter de 10 % ses revenus à l'hôpital. Les omnipraticiens auront également l'avantage de bénéficier de la collaboration d'une infirmière praticienne, de facturer des honoraires de surveillance et d'obtenir une compensation pour une partie du loyer.

**M.Q. – Comment procéderez-vous ?**

P.M. – Au guichet d'accès, quand on apprendra qu'une infirmière praticienne vient s'installer dans la région, on s'informerait de son futur lieu de pratique. On va alors donner priorité aux patients qui viennent de ce territoire. On demandera aux médecins qui travailleront avec l'infirmière de prendre tant ceux qui viennent du guichet que les autres qui résident dans la région. On va les lier aux services de la praticienne.

**M.Q. – Le guichet d'accès offre donc de nouvelles possibilités d'organisation.**

P.M. – Il faut être proactif pour que les forces vives qui entrent sur le territoire ne s'installent pas de façon aléatoire sans être gérées. Si je veux diminuer la liste de patients de mon guichet d'accès, je dois saisir les occasions qu'offre l'installation d'un professionnel de la santé.

**M.Q. – Vous tentez, par ailleurs, d'inciter les jeunes médecins à travailler dans les cabinets médicaux. Plusieurs unités de médecine familiale vous ont invité à parler à leurs résidents au cours de rencontres du midi.**

P.M. – Les jeunes médecins ont tous hâte de s'installer et appréhendent en même temps le début de la pratique. Je leur dis que l'avenir est vraiment à la prise en charge et au suivi d'une clientèle. C'est le principal exercice professionnel auquel ils doivent se sentir prêts à la fin de la résidence en médecine familiale. Je leur parle ensuite des avantages prévus dans l'Entente générale pour cette pratique. Ainsi, s'ils prennent en charge une clientèle, ils seront automatiquement libérés de six heures d'activités médicales particulières (AMP). Ceux qui exerceront également à l'hôpital pourront en plus avoir une majoration des revenus qu'ils gagneront en dehors de la première ligne. Normalement, un médecin doit suivre 1500 patients inscrits pour obtenir une bonification de 10 % de ses revenus en établissement. Pour les jeunes médecins, des seuils moins élevés sont prévus. Pour obtenir cette majoration, ils doivent avoir au moins 300 patients la première année, au moins 600 la deuxième année, au moins 900 la troisième année.

**M.Q. – Il y a une échelle particulière pour les jeunes médecins.**

P.M. – Oui, mais cette échelle-là débute dès que le jeune médecin commence à exercer. Sa première année est l'an 1 du programme. S'il ne prend pas de patients la première année, mais seulement la deuxième année, il devra atteindre d'un coup le seuil de 600 pa-

tients inscrits pour avoir droit à la bonification de 10 %. S'il avait commencé à l'an 1, il aurait eu deux ans pour l'atteindre. Je dis aux résidents : « On vous a fait des marches d'escalier, montez-les marche par marche, pas deux par deux. N'attendez pas avant de prendre des patients en charge, commencez tout de suite. »

**M.Q. – Il y a quelques mois, vous m'avez parlé d'un projet de clinique mixte qui permettrait à des médecins âgés de transférer leur clientèle à de jeunes confrères.**

P.M. – J'ai fait un exposé à une journée de formation pour les médecins sur la préparation de la retraite. Je leur ai parlé de certaines réalités syndicales et de leurs patients : « Il ne faut pas attendre avant de vous préparer à la retraite et risquer de mettre vos 3000 patients à la rue. Pourquoi ne vous joindriez-vous pas à une équipe déjà existante pour commencer à passer vos patients à de jeunes collègues ? »

Ma propre clinique du 700 boulevard Thibault va s'agrandir de 9000 pieds carrés à l'automne. Trois jeunes médecins ont manifesté le désir d'y venir et un clinicien tout près de la retraite nous a annoncé qu'il y déménagera l'année prochaine. Il va transférer progressivement sa clientèle à l'une des omnipraticiennes qui va s'installer. Les jeunes médecins trouvent génial de savoir que s'ils ont des questions au sujet de leur nouvelle patiente, ils vont pouvoir les poser au docteur qui la suit depuis des années. Le médecin va travailler avec eux. Il sera leur collègue. Il pourra leur donner des conseils.

**M.Q. – Mais le jeune médecin qui prend les patients de son collègue retraité se pénalise puisque s'il recevait des patients du guichet d'accès, il aurait droit à un forfait.**

P.M. – On est en train d'étudier la question pour que les jeunes médecins ne soient pas désavantagés. Actuellement, les médecins sur le point de prendre leur retraite désinscrivent leurs patients.

**M.Q. – Votre projet toucherait combien de jeunes médecins par année ?**

P.M. – Le plus possible. Toutes les cliniques de Trois-Rivières sont en train de s'agrandir. Le message concernant l'importance de transférer ses dossiers à un autre clinicien plutôt que de s'en aller à la retraite de façon sauvage semble porter ses fruits dans la région. La majorité des médecins âgés prennent des retraites progressives. C'est un principe qui semble s'étendre à la région métropolitaine de Trois-Rivières, mais je présume que cela va aussi se répandre dans le reste de la Mauricie–Centre-du-Québec. 🍷

# **La médecine familiale le feu sacré d'une jeune femme !**

*Francine Fiore*

Sans hésiter un seul instant, ni douter de ce que l'on peut appeler sa vocation ou sa mission, la **D<sup>re</sup> Cathy-Mai Levan** a choisi la médecine familiale afin d'aider les autres et concrétiser ainsi son projet de vie personnel et professionnel.

Diplômée de l'Université de Montréal en 2008, la jeune omnipratricienne de 30 ans se consacre totalement à la première ligne. Depuis quatre ans, elle pratique au GMF de Rigaud où elle a commencé sa carrière. Elle y fait de la prise en charge et du suivi.

## **Du 9 à 5 médical**

Faire du 9 à 5 en médecine n'est pas une utopie et ne compromet pas la qualité des soins. La D<sup>re</sup> Levan en est la preuve vivante. Actuellement, elle a près de 1000 patients inscrits, dont un peu plus de 250 patients vulnérables. Elle travaille de quatre à cinq jours par semaine. Elle voit ses patients toutes les trente minutes et conserve quelques plages horaires en fin de journée pour les urgences. « Je compte augmenter graduellement ces plages pour faire de l'Accès adapté », dit-elle.

La D<sup>re</sup> Levan ne pratique pas à l'hôpital, mais elle donne des soins à domicile aux personnes en perte d'autonomie, notamment des soins palliatifs. « Mes visites à domicile ont lieu à peu près tous les deux mois, précise-t-elle. Mais lorsqu'il y a des urgences, je m'y rends la journée même afin d'éviter un déplacement à l'urgence ou une hospitalisation. »

Ainsi, la D<sup>re</sup> Levan suit des patients de tous âges, de la naissance à la fin de la vie. « J'ai toujours aimé faire le suivi à long terme de mes patients, établir une relation de confiance avec eux, bien les connaître, m'occuper de

familles entières et voir une diversité de cas. Aucune semaine ne se ressemble. »

Ses collègues lui envoient leurs patients qui ont besoin d'infiltrations de cortisone ou d'une mini-chirurgie (par exemple, l'exérèse d'un kyste, d'un lipome ou d'un nævus). En tant que professeure affiliée à l'Université McGill, elle enseigne aux externes et aux résidents en stage à son GMF.

En plus de ses activités purement médicales, la D<sup>re</sup> Levan est membre du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens du CSSS de Vaudreuil-Soulanges depuis presque quatre ans, soit depuis le tout début de sa pratique. Elle est aussi nouvellement membre du bureau de l'Association des médecins omnipratriciens du Sud-Ouest, où elle occupe le poste de trésorière. « En assistant à mon premier Conseil de la FMOQ cet automne, j'ai pu comprendre comment sont prises les décisions à l'égard de nos conditions d'exercice », précise-t-elle.

## **Une pratique sans limite**

Ce n'est pas un stage précis qui a incité la D<sup>re</sup> Levan à choisir la médecine familiale, mais bien tous les stages qu'elle a effectués au cours de sa formation. Au fil de ses expériences, elle a découvert les différentes spécialités médicales et a été emballée par tous les aspects de la médecine. « Je trouvais un domaine intéressant, puis lorsque je faisais un autre stage, ça me plaisait tout autant. Alors, je me suis dit que la médecine familiale me permettrait de toucher à tout, puisque je ne voulais pas me limiter à un seul domaine. »

La majorité des amis de la jeune omnipratricienne sont des médecins spécialistes, mais ils ne dénigrent pas la médecine familiale pour autant. Bien au contraire. « Ils considèrent qu'elle est essentielle, indique la D<sup>re</sup> Levan. Je pense que certaines personnes croient que la médecine familiale ne représente pas un aussi grand défi scientifique que les spécialités. Cependant, les aspects humain et social de la médecine familiale sont immenses et extrêmement positifs. »

Photo : Emmanuèle Garnier



*« Au cours de ma formation, je trouvais un domaine intéressant, puis lorsque je faisais un autre stage, ça me plaisait tout autant. Alors, je me suis dit que la médecine familiale me permettrait de toucher à tout, puisque je ne voulais pas me limiter à un seul domaine. »*

– D<sup>re</sup> Cathy-Mai Levan

Bien sûr, le médecin de famille dirige souvent ses patients vers les spécialistes. « Mais, il n'est pas un "dispatcher" pour autant, soutient l'omnipraticienne. Les patients se fient beaucoup à nous, et nous réglons de nombreux problèmes. Lorsqu'ils vont voir un spécialiste, les patients nous demandent ensuite notre opinion concernant la consultation ou les traitements qu'ils ont eus, car ils n'ont pu, faute de temps, en discuter suffisamment avec le spécialiste. Ils ont très confiance en nos décisions. »

### **Une histoire familiale**

Née au Québec de parents immigrants vietnamiens, la D<sup>re</sup> Levan a été en contact avec la médecine familiale durant toute sa vie. Son grand-père maternel, décédé il y a quatre ans, le D<sup>r</sup> **Dinh Tuan Duong**, a été son modèle,

son inspiration, son mentor. Il a fait ses études de médecine au Vietnam. Sa grand-mère était pharmacienne. Quand la famille est arrivée au Québec dans les années 1970, ils ont recommencé leurs études afin de pouvoir pratiquer au Québec. Son grand-père travaillait à Verdun et faisait des visites à domicile comme elle aujourd'hui. « J'ai toujours eu en tête l'image de mon grand-père avec sa trousse, sa petite mallette de médecin. J'ai également un oncle médecin, le D<sup>r</sup> **Xuan-Truong Phan**, qui fait lui aussi de la première ligne. »

Sans prétention, mais avec beaucoup de fierté, la D<sup>re</sup> Levan reconnaît son héritage culturel. Chez les Vietnamiens, le respect de l'être humain et de la personne âgée fait partie de la culture. « Pour nous, la famille est très importante, raconte-t-elle. Mes parents ont pris soin de leurs

parents quand ils ont été malades. Le respect de l'autorité est très présent dans notre milieu. »

Au cours de ses stages à l'externat, l'un de ses tuteurs lui avait dit : « Tu es très douce, mais tu ne dois pas avoir peur de t'imposer. Conserve ton côté respectueux envers les patients, c'est nécessaire en médecine familiale. »

### La pratique de groupe

La D<sup>re</sup> Levan apprécie énormément la pratique en GMF. Elle aime travailler en groupe, car elle estime que c'est enrichissant et rassurant. « On peut partir en vacances la tête reposée en sachant que nos collègues s'occuperont de nos patients, des résultats d'examen, des cas urgents, etc. Il ne serait pas aussi agréable de pratiquer en solo en cabinet. En cas de problème, on peut discuter avec nos collègues. » Pourtant, à la fin de ses études, elle était la seule à l'Hôpital de Verdun qui voulait faire de la première ligne.

Bien sûr, la pratique en GMF comporte certains inconvénients, dont les frais de cabinet qui peuvent dissuader certains jeunes médecins de s'engager dans ce style de pratique. Comme elle voulait absolument faire de la première ligne, les frais n'ont pas été un facteur déterminant pour la D<sup>re</sup> Levan.

Selon la D<sup>re</sup> Levan, parmi les difficultés auxquelles font face les médecins de famille il y a les cibles du gouvernement, soit l'objectif de 1500 patients par médecin, le financement des GMF, le manque de ressources, notamment l'accès aux autres professionnels de la santé.

La D<sup>re</sup> Levan croit qu'une autre raison pour laquelle les jeunes médecins ne veulent pas faire de la première ligne est la lourdeur administrative. « Je pense que le facteur important pour eux est la paperasse. Les gens ont également peur d'entreprendre une pratique et d'avoir à faire face au problème du transfert de leurs patients à un autre médecin s'ils décident de quitter et de s'engager ailleurs. » À son avis, il s'agit là d'une grande préoccupation pour le médecin. Évidemment, les patients qui perdent leur médecin de famille se sentent abandonnés. La D<sup>re</sup> Levan en est témoin puisqu'un médecin de sa clinique s'installe à Montréal. « Bien sûr,

les patients ont été très déçus. Mais moi, j'ai l'intention de pratiquer à long terme à Rigaud. »

### Un vent de jeunesse

Les jeunes médecins de famille qui veulent pratiquer en cabinet et faire de la prise en charge et du suivi ne sont pas légion. Voilà pourquoi la **D<sup>re</sup> Christiane Simard**, médecin de famille au GMF de Rigaud, dit avoir trouvé une exception, une perle rare en la personne de la D<sup>re</sup> Levan.



Photo : Emmanuelle Garnier

D<sup>re</sup> Christiane Simard

« Elle a un engagement exceptionnel envers ses patients et la clinique, indique la D<sup>re</sup> Simard. Elle s'est intégrée immédiatement à notre groupe. De plus, elle apporte un nouveau souffle à la clinique, un dynamisme, un vent de jeunesse. » Selon la D<sup>re</sup> Simard, il n'y a aucun conflit de génération entre les médecins du GMF de Rigaud. « Au contraire, la présence d'un jeune médecin nous aide énormément, dit-elle. Nous, nous apportons notre expérience et elle, de nouvelles données médicales et de nouvelles approches, notamment sur le plan de la technologie. Par exemple, il sera plus facile de nous informatiser avec un jeune médecin parmi nous. »

La D<sup>re</sup> Levan estime que les qualités d'un bon médecin de famille comprennent une grande capacité d'adaptation et d'écoute, de la patience et bien sûr un côté humain très développé. « Si j'ai un conseil à donner aux jeunes médecins, ce serait de ne pas avoir peur de l'inconnu. » Elle leur suggère de se lancer et de s'engager dans le réseau de la santé. « Plus on comprend notre système, plus ça devient intéressant et plus on a le pouvoir d'apporter des changements positifs. »

Avec toutes ces responsabilités, la D<sup>re</sup> Levan estime qu'il est quand même très facile de concilier travail et vie personnelle. Elle vit en couple et n'a pas encore d'enfants. « Ma passion, c'est voyager ! J'ai visité plus de 25 pays, et c'est loin d'être terminé ! »

# Tournoi des fédérations médicales

## 130 000 \$ pour le PAMQ

Le 23 juillet dernier, le septième tournoi de golf des fédérations médicales a permis de récolter 130 000 \$ pour le Programme d'aide aux médecins du Québec (PAMQ). Cent quarante-quatre personnes ont participé à l'événement, qui s'est déroulé au club de golf Le Mirage. C'est le quatuor des Fonds d'investissement FMOQ, constitué des **D<sup>rs</sup> Renald Dutil, Yves Langlois, Jacques Charbonneau** et de **M. Martin Vallée**, qui a remporté le trophée André-Lapierre.

L'événement a été organisé par la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ), la Fédération des étudiants en médecine du Québec (FMEQ) et la Fédération des médecins résidents du Québec (FMRQ).

Le PAMQ va, par ailleurs, bénéficier d'un financement additionnel grâce à la FMOQ et à la FMSQ. « Le ministère de la Santé et des Services sociaux a accepté qu'une somme soit prélevée dans les enveloppes existantes pour le Programme. On m'a dit que ce serait l'équivalent de 500 000 \$ par fédération annuellement, soit 1 million de dollars », explique la **D<sup>re</sup> Anne Magnan**, directrice générale du PAMQ. Cet ajout s'additionnera aux cotisations habituelles des médecins. **EG**

Photo : Judith Gauthier photographie



*D<sup>r</sup> Louis Godin, président de la FMOQ, D<sup>r</sup> Gaétan Barrette, président de la FMSQ, M<sup>me</sup> Laurence Bernard, présidente de la FMEQ, D<sup>r</sup> William Barakett, président de la Fondation du PAMQ, et D<sup>r</sup> Charles Dussault, président de la FMRQ.*

## Des nouvelles des associations...

### Prochaines assemblées générales annuelles des associations affiliées à la FMOQ

#### Nord-Ouest du Québec

**Samedi** Centre de formation professionnelle  
**8 septembre** Lac-Abitibi  
**17 h** 500, rue Principale  
La Sarre (QC) J9Z 2A2  
819 333-2387

#### Bas-Saint-Laurent

**Mercredi** Centre des congrès de Rimouski  
**19 septembre** 225, boul. René-Lepage E.  
**18 h** Rimouski (QC) G5L 1P2  
418 725-5000

#### Gaspésie

**Judi** Hôtel des commandants  
**20 septembre** 178, rue de la Reine  
**17 h** Gaspé (QC) G4X 1T6  
418 368-3355 ou 1 800 462-3355

#### Côte-Nord

**Vendredi** Hôtel Le Manoir  
**21 septembre** 8, avenue Cabot  
**17 h** Baie-Comeau (QC) G4Z 1L8  
1 866 796-3391  
[www.manoirbc.com](http://www.manoirbc.com)

#### Saguenay–Lac Saint-Jean

**Judi** Auberge Universel  
**4 octobre** 1000, boul. des Cascades  
**Vers 16 h 30** Alma (QC) G8B 3G4  
418 668-5261

#### AMOEP

**Vendredi** Institut universitaire en santé mentale  
**5 octobre** 2601, chemin de la Canardière  
**Vers 12 h 30** Québec (QC) G1J 2G3

(Suite à la page 96) >>>>

# ***Urgence et suivi en première ligne pour quels patients le médecin de famille est-il le plus utile ?***

*Emmanuèle Garnier*



Photo : SuperStock

*Le rôle des médecins de famille est particulièrement important auprès des personnes âgées et de certains malades. Des études montrent que chez ces patients un bon suivi est associé à une réduction du nombre de consultations à l'urgence.*

**L**ORSQUE LE D<sup>r</sup> Alain Vadeboncœur, chef des urgences à l'Institut de Cardiologie de Montréal, a devant lui, dans une salle d'examen, un patient bien suivi par un médecin de famille, il sait que la gestion de son cas sera beaucoup plus simple. Il va pouvoir se concentrer uniquement sur son travail.

« Quand il n'y a pas de médecin de famille, notre rôle à l'urgence est beaucoup plus important et parfois plus complexe. Le suivi va être plus difficile et plus laborieux. Si on doit orienter le patient vers un autre spécialiste,

on sait qu'on n'a personne en arrière pour faire le chef d'orchestre », dit l'urgentologue.

Cependant, les patients bien pris en charge ont, dès le départ, moins de risque de se retrouver aux urgences. Le suivi par un médecin de famille protège en particulier certains types de personnes : les gens âgés et ceux qui consultent beaucoup, et probablement aussi ceux qui ont de multiples maladies ou qui ont été hospitalisés. C'est ce que montre une étude récente à laquelle a participé le D<sup>r</sup> Vadeboncœur<sup>1</sup>.

Dirigée par la D<sup>re</sup> **Jane McCusker**, médecin et professeure d'épidémiologie à l'Université McGill, cette recherche révèle entre autres que les patients de 65 ans et plus qui n'ont pas de médecins de famille vont 26 % plus souvent aux urgences que ceux qui en ont un. Chez les adultes plus jeunes, la différence n'est que de 11 %. « Les personnes âgées ont des besoins plus complexes liés à des problèmes cognitifs et physiques et peuvent bénéficier du fait d'avoir des soins plus coordonnés », expliquent les chercheurs dans leur article.

### **L'importance des examens annuels**

La D<sup>re</sup> McCusker et son équipe ont utilisé différentes banques de données provinciales, dont celle de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), pour créer une cohorte de plus de 300 000 personnes de 18 ans et plus vivant dans les régions urbaines. Tous les sujets avaient vu un médecin au moins trois fois au cours des deux premières années étudiées, soit en 2003 et en 2004. Les chercheurs ont ensuite dénombré les visites de leurs sujets pendant l'année suivante, en 2005.

De manière générale, un suivi rigoureux, soit des examens annuels complets, semble avoir une certaine importance. Les personnes qui n'en avaient eu aucun en 2003 et en 2004 se sont retrouvées 23 % plus souvent aux urgences en 2005 que celles qui ont passé un examen chaque année. « C'est une nouvelle donnée. Ce facteur n'avait pas été étudié avant », signale la scientifique principale du Centre de recherche du Centre hospitalier de St. Mary. À quoi tiennent les bienfaits de l'examen complet ? Selon une revue de littérature récente, il faciliterait les soins préventifs et pourrait diminuer les inquiétudes des patients.

Par contre, une bonne continuité des soins, c'est-à-dire le fait que le patient puisse voir le même médecin pour la plupart de ses

consultations, ne semble pas associée à une réduction des visites aux urgences. Sauf pour les personnes qui consultent un médecin plus de douze fois par année. Ainsi, ces patients ont consulté 17 % plus fréquemment un urgentologue quand la continuité de leurs soins était faible que lorsqu'elle était élevée. « Je le vois à Montréal, dit le D<sup>r</sup> Vadeboncœur. Certains patients ont deux ou trois médecins et vont à un hôpital pour un problème, à un autre pour un autre problème. Quand le suivi est aussi complexe et qu'il n'y a pas de chef d'orchestre, ce n'est vraiment pas évident. Donc, la continuité des soins est beaucoup plus importante pour les cas lourds et complexes. »

Le médecin de famille est-il l'une des clés du désengorgement des urgences ? C'est possible. Cependant, cette étude rétrospective ne peut établir de lien de cause à effet. Ses chiffres ne sont d'ailleurs pas très élevés. « Le fait d'avoir un médecin de famille n'est qu'un facteur parmi d'autres », précise la D<sup>re</sup> McCusker. Cependant, une autre de ses recherches a des résultats plus frappants.

Faite à partir de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, elle montre que les adultes québécois qui n'ont pas de médecins de famille sont plus de quatre fois plus susceptibles d'avoir consulté un omnipraticien à l'urgence plutôt que dans un autre lieu au cours des douze derniers mois<sup>2</sup>.

### **Les spécialistes sont-ils aussi efficaces ?**

Un médecin spécialiste peut-il jouer le même rôle que le médecin de famille ? « C'est ce que nous avons voulu savoir, surtout dans un contexte où il n'y a pas assez d'omnipraticiens », explique la D<sup>re</sup> McCusker. Dans son étude, presque 85 % des patients étaient suivis par un médecin de famille. Néanmoins, 10 % avaient pour médecin principal un spécialiste.

Les résultats sont intéressants. Pour les personnes de 18 à 64 ans, il n'y a pas

*Les patients de 65 ans et plus qui n'ont pas de médecins de famille vont 26 % plus souvent aux urgences que ceux qui en ont un. Chez les adultes plus jeunes, la différence n'est que de 11 %.*



Photo : Emmanuelle Garnier

*« Quand il n’y a pas de médecin de famille, notre rôle à l’urgence est beaucoup plus important et parfois plus complexe. Le suivi va être plus difficile et plus laborieux. »*

*– D<sup>r</sup> Alain Vadeboncoeur*

de différence entre un suivi par un spécialiste ou par un médecin de famille. Par contre, parmi les personnes de 65 ans et plus, les patients pris en charge par un spécialiste s’étaient rendus 13 % plus souvent aux urgences que ceux qui l’avaient été par un omnipraticien.

La présence d’un spécialiste a, par ailleurs, des avantages pour certains malades. Ainsi, chez les patients qui avaient une multimorbidité moyenne\* ou qui avaient passé entre un et trois jours à l’hôpital, une bonne continuité des soins par un spécialiste était associée à un plus faible recours aux urgences.

Par contre, on ne trouve pas ce lien chez les patients en meilleure santé ou très malades. Mais cela s’expliquerait. « Pour les gens en bonne

santé, le besoin de coordination est moins important. Pour les patients plus malades, les spécialistes peuvent avoir de la difficulté à coordonner les soins à cause d’un manque d’expertise en dehors de leur champ de pratique habituel. En plus, ils peuvent être moins enclins que les médecins de famille à donner des soins préventifs comme le vaccin contre la grippe », précisent les auteurs dans leur article.

### **La continuité des soins chez les personnes âgées**

Les personnes âgées constituent un groupe croissant d’utilisateurs des urgences. La D<sup>re</sup> McCusker et ses collaborateurs s’y sont particulièrement intéressés dans une étude publiée en 2007<sup>3</sup>. Ils ont découvert que pour éviter les urgences les aînés devaient non seulement avoir un médecin de famille,

\* Une multimorbidité moyenne correspond au fait d’être atteint d’une maladie chronique pouvant nécessiter des soins urgents et d’avoir parfois une autre affection.



Photo : Emmanuèle Garnier

**« Avoir un médecin de famille avec lequel on a une faible continuité de soins et ne pas avoir de médecin de famille ont un effet d'un ordre de grandeur similaire sur les visites aux urgences. »**

– D<sup>re</sup> Jane McCusker

mais aussi le consulter ou pouvoir le consulter quand c'est nécessaire.

L'étude a été faite à partir de banques de données provinciales, dont celles de la RAMQ. En utilisant les chiffres des années 2000 et 2001, les chercheurs ont constitué une cohorte de plus de 95 000 personnes de 65 ans et plus qui avaient consulté au moins une fois un médecin pendant la période étudiée. Parmi ces sujets, 83 % étaient suivis par un médecin, généralement un omnipraticien. De ce nombre, 36 % avaient une bonne continuité des soins avec lui, c'est-à-dire que c'est ce clinicien qu'ils avaient vu au cours de 80 % ou plus de leurs visites en première ligne.

Durant la période de deux ans étudiée, 48 % des sujets ont dû se rendre aux urgences.

Quelles caractéristiques particulières avaient ces patients ? Beaucoup n'avaient pas de médecin. Les sujets qui n'étaient pas suivis avaient passé 45 % plus de jours aux urgences que ceux qui l'étaient. Mais il y avait un autre type d'usagers : ceux qui avaient un médecin, mais n'avaient pas une bonne continuité de soins. Le taux d'utilisation des urgences de ces patients était 46 % plus élevé que celui des personnes qui voyaient presque toujours

**« Dans la mesure où, en ce moment, l'accès à la première ligne est relativement difficile, n'y aurait-il pas moyen de donner priorité aux patients à risque ? »**

– D<sup>r</sup> Vadeboncoeur

le même médecin quand elles en avaient besoin.  
« Avoir un médecin de famille avec lequel on a une faible continuité de soins et ne pas avoir

de médecin de famille ont un effet d'un ordre de grandeur similaire sur les visites aux urgences », fait remarquer la D<sup>re</sup> McCusker.

Il semblerait, par ailleurs, y avoir une relation dose-effet entre la continuité des soins et le recours aux urgences. Ainsi, un niveau moyen de continuité des soins est lié à un accroissement de 27 % du nombre de jours à l'urgence alors qu'un niveau bas est associé à une hausse de 46 %.

L'importance de la continuité des soins pourrait reposer sur le lien entre le patient et son médecin. « [Nos données] semblent indiquer que la continuité des soins peut n'avoir un effet bénéfique que chez les personnes âgées qui cherchent et développent une relation avec un médecin principal, écrivent la D<sup>re</sup> McCusker et ses collaborateurs. En fait, la continuité des soins est susceptible de toucher la prise de décision à la fois chez le patient et chez le médecin. Une relation continue avec un patient permet au médecin de connaître non seulement les problèmes médicaux de ce dernier, mais aussi ses attitudes et ses valeurs. De la même manière, un patient qui a une relation suivie avec un médecin va probablement avoir de plus en plus confiance en son expertise et en son jugement médical et lui demander son avis avant d'aller aux urgences à cause d'un problème de santé qu'il pense urgent. »

Les observations de l'équipe de la D<sup>re</sup> McCusker, tant dans cette étude que dans la précédente, valent surtout pour les villes. « La situation est un peu différente dans les régions rurales, parce que l'organisation des soins de première ligne n'y est pas la même », prévient la professeure.

### **Un traitement prioritaire pour les patients à risque ?**

Maintenant, que faire à partir des constats des chercheurs ? Le D<sup>r</sup> Vadeboncoeur estime qu'il faudrait sans doute un débat au Québec sur la première ligne de soins. « On devrait peut-être regarder quels patients on traite

en première ligne et comment on le fait. Dans la mesure où, en ce moment, l'accès à la première ligne est relativement difficile, n'y aurait-il pas moyen de donner priorité aux patients à risque ? » Un examen annuel a probablement moins d'effet sur la santé d'un jeune patient que sur celle d'une personne âgée, fait valoir le clinicien. Chez les gens du troisième âge, surtout s'ils sont malades, les répercussions d'un suivi insuffisant peuvent être graves.

L'urgentologue propose que l'on agisse différemment avec les patients à risque élevé.

« On pourrait leur donner un accès beaucoup plus facile aux rendez-vous, faire un suivi plus serré et même être proactif et les appeler pour voir comment ils vont. Ces mesures pourraient réduire la détérioration de leur état et le nombre de leurs hospitalisations. »

La disponibilité des médecins et de leurs collaborateurs est également importante. « Si j'avais à investir des ressources dans le système de santé, je travaillerais d'abord à améliorer la continuité des soins pour

les patients qui ont des périodes de traitement complexes, des maladies chroniques et dont l'état est susceptible de se détériorer. Il faut vraiment avoir une vision en continu et intégrée des soins pour eux », estime le D<sup>r</sup> Vadeboncoeur. Le médecin souhaite que tous les intervenants de la première ligne se penchent sur cette question. 📞

*« [Nos données] semblent indiquer que la continuité des soins peut n'avoir un effet bénéfique que chez les personnes âgées qui cherchent et développent une relation avec un médecin principal. »*

– Les chercheurs de l'étude de 2007

### **Références**

1. McCusker J, Tousignant P, Borgès Da Silva R et coll. Factors predicting patient use of the emergency department: a retrospective cohort study. *CMAJ* 2012 ; 184 (6) : E307-E316.
2. McCusker J, Roberge D, Levesque J-F et coll. Utilisation des soins de première ligne et de l'urgence parmi les adultes du Québec : résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Rapport sommaire. Montréal : Département d'épidémiologie clinique et d'études communautaires, Centre hospitalier de St. Mary ; 1<sup>er</sup> décembre 2010. 8 p.
3. Ionescu-Ittu R, McCusker J, Ciampi A et coll. Continuity of primary care and emergency department utilization among elderly people *CMAJ* 2007 ; 177 (11) : 1362-8.

◀◀◀ (Suite de la page 19)

## **D**es nouvelles des associations...

### **Prochaines assemblées générales annuelles des associations affiliées à la FMOQ (suite)**

---

#### **Bois-Francs**

---

<b>Jeudi</b>	<b>Manoir du lac William</b>
<b>11 octobre</b>	<b>3180, rue Principale</b>
<b>Vers 16 h 30</b>	<b>Saint-Ferdinand (QC) G0N 1N0</b>
	<b>418 428-9188</b>

---

#### **CLSC**

---

<b>Vendredi</b>	<b>Hôtel Gouverneur, Place Dupuis</b>
<b>12 octobre</b>	<b>1415, rue Saint-Hubert</b>
<b>Après-midi</b>	<b>Montréal (QC) H2L 3Y9</b>
	<b>514 842-4881</b>

---

#### **Côte-du-Sud**

---

<b>Jeudi</b>	<b>Quality Inn</b>
<b>18 octobre</b>	<b>5800, rue des Arpents</b>
<b>18 h 30</b>	<b>Lévis (QC) G6V 0B5</b>
	<b>418 833-1212</b>

---

#### **Québec**

---

<b>Vendredi</b>	<b>Hôtel Sheraton Four Points</b>
<b>19 octobre</b>	<b>7900, rue de Marigot</b>
<b>12 h 30</b>	<b>Québec (QC) G1G 6T8</b>
	<b>418 627-8008</b>

---

#### **Richelieu–Saint-Laurent**

---

<b>Jeudi</b>	<b>Hôtel Alt du quartier Dix-30</b>
<b>25 octobre</b>	<b>6500, boul. de Rome</b>
<b>17 h</b>	<b>Brossard (QC) J4Y 0B6</b>

---

#### **Ouest du Québec**

---

<b>Vendredi</b>	<b>Hilton Lac Leamy</b>
<b>26 octobre</b>	<b>3, boulevard du Casino</b>
<b>Après-midi</b>	<b>Gatineau (QC) J8Y 6X4</b>
	<b>819 790-6444</b>



## Conférences en ligne les plus récentes

### Psychotropes un jour, psychotropes...

- D<sup>re</sup> Doris Clerc, psychiatre, Institut universitaire de gériatrie de Montréal, à Montréal
- 1 heure de crédits de formation de catégorie 1

### Docteur, je ne dors pas

- D<sup>re</sup> Paule Hottin, psychiatre, Institut universitaire de gériatrie de Montréal, à Montréal
- 2 heures de crédits de formation de catégorie 1

### Le traitement des pneumonies en cabinet

- D<sup>r</sup> Karl Weiss, microbiologiste-infectiologue, Hôpital Maisonneuve-Rosemont, à Montréal
- 1 heure de crédits de formation de catégorie 1

### Quand la thyroïde joue au yoyo

- D<sup>re</sup> Andrée Boucher, endocrinologue, Hôpital Notre-Dame du CHUM, à Montréal
- 2 heures de crédits de formation de catégorie 1

### Les céphalées chez l'enfant

- D<sup>r</sup> Michel Sylvain, neurologue spécialisé en électro-encéphalographie au CHUQ – CHUL, à Québec
- 1 heure de crédits de formation de catégorie 1

### Les nodules thyroïdiens

- D<sup>re</sup> Sophie Delorme, spécialiste en endocrinologie et métabolisme et interniste, Hôpital Maisonneuve-Rosemont, à Montréal
- 1 heure de crédits de formation de catégorie 1

[www.fmoq.org](http://www.fmoq.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 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 complémentaire  
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 Le Crystal : 514 380-3448

### **Téléphonie**

Télu : 1 855 310-3737, n° de groupe : 93936

### **Direction des affaires professionnelles**

D<sup>r</sup> Michel Desrosiers, directeur  
**FMOQ : 514 878-1911 ou 1 800 361-8499**



## **Congrès de formation médicale continue**

FMOQ

**13 et 14 septembre 2012**

**L'urologie, la néphrologie et la sexologie**  
Hôtel Sheraton Laval, Laval

**11 et 12 octobre 2012**

**La pneumologie**  
Hôtel Delta Québec, Québec

**8 et 9 novembre 2012**

**Le soulagement de la douleur**  
Hôtel Delta Québec, Québec

**6 et 7 décembre 2012**

**La psychiatrie**  
Centre Mont-Royal, Montréal

**14 et 15 février 2013**

**La thérapeutique**  
Hôtel Delta Québec, Québec

**14 et 15 mars 2013**

**L'appareil locomoteur**  
Hôtel Delta Centre-Ville, Montréal

# La pneumologie

11 et 12 octobre 2012

Hôtel Delta Québec, Québec

**Inscrivez-vous**

**avant le 28 septembre 2012!**

Pour informations : [congrès@fmoq.org](mailto:congrès@fmoq.org)

