

La naissance de l'Association de Montréal les débuts héroïques du syndicalisme médical

Emmanuèle Garnier



Photo : SuperStock

Au début des années 1960, une trentaine d'omnipraticiens ont changé le cours des choses. Ils ont décidé de ne plus accepter l'inacceptable. Fini d'être évincés des hôpitaux, de gagner moins que les spécialistes pour les actes de première ligne et d'être exclus des décisions les concernant.

LE 4 MARS 1961, à Montréal, dans un édifice du chemin de la Côte-de-Liesse, 31 omnipraticiens se réunissent. Ils ont entendu parler de la rencontre par le bouche à oreille. Le but du rassemblement : créer un syndicat. Les participants veulent disposer d'un organisme autonome pour défendre leurs intérêts. « Les médecins qui étaient venus étaient très intéressés », se rappelle le **D^r Georges Desrosiers**, maintenant âgé de 82 ans. Époque oblige, cette première assemblée générale commence par l'oraison dominicale et une invocation à saint Luc. Les médecins adoptent ensuite les règlements de leur nouvelle association et élisent les membres du Bureau.

L'homme choisi comme président est un leader dynamique : le **D^r Guy Laporte**. C'est lui qui, un mois plus tôt, a rassemblé une dizaine de ses collègues pour préparer le projet. « C'était un homme d'un grand charisme qui avait le don de créer de l'enthousiasme pour une cause », affirme le D^r Desrosiers, qui lui-même a été élu secrétaire au cours de l'assemblée. Le D^r Laporte est aujourd'hui considéré comme le père du syndicalisme médical au Québec. « Pendant les quatre années suivantes, il sera au cœur de l'éveil et du combat des omnipraticiens, de Montréal d'abord, puis du Québec », écrit le **D^r Marc-André Asselin**,



actuel président de l'Association, dans son tout nouveau livre *La petite histoire d'une grande association* (p. 19).

Les nouveaux syndicalistes ont du pain sur la planche. La profession de médecin de famille est dévalorisée. Les hôpitaux veulent leur refuser le droit de pratique dans leurs murs. Mais il y a plus urgent. Le Collège des médecins du Québec (CMQ) qui, à cette époque, décide des honoraires que les omnipraticiens peuvent réclamer à leurs patients, est sur le point de réviser leur grille tarifaire.

Le 20 mars, soit deux semaines après la première réunion, la nouvelle association prépare une liste de tarifs qu'elle va présenter au Collège :

☉ Examen complet au cabinet : 10 \$

- ☉ Examen ordinaire : 5 \$
- ☉ Visite à domicile le jour : 8 \$
- ☉ Visite à domicile la nuit et la fin de semaine : 10 \$
- ☉ Visite à l'hôpital : 5 \$
- ☉ Accouchement : 100 \$

« Ces gens-là étaient vraiment décidés. Leur association n'avait pas encore d'existence légale, mais ils agissaient comme si elle était une fédération avec tous ses pouvoirs », affirme le D^r Asselin. Il est possible que le Collège ait tenu compte des revendications de la nouvelle association. Dorénavant, l'organisme interviendra dans toutes les questions de rémunération.

Au bout de trois mois, déjà 161 généralistes ont adhéré à l'Association et payé leur

(Suite à la page 12) >>>



Photo : Emmanuèle Garnier

Le 1^{er} avril, le D^r Georges Desrosiers a reçu une plaque pour sa contribution à l'Association de Montréal.

cotisation de 15 \$. Montréal compte alors environ 550 praticiens de médecine générale. Au fil des mois, les généralistes sont de plus en plus nombreux à se joindre à l'Association. Le 15 juillet 1961, l'organisme obtient enfin sa reconnaissance légale par la publication d'un avis dans la *Gazette officielle du Québec*. L'Association des Médecins-Chirurgiens en Pratique Générale du District Médical de Montréal est née.

À la fin de l'année 1962, le D^r Laporte cède la présidence au D^r Arthur Richer. Il a des visées plus larges ; il prépare, avec d'autres collègues de l'Association, la création d'un syndicat provincial, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ). Le D^r Laporte va d'ailleurs en devenir le trésorier à sa fondation en 1963. L'année suivante, il reviendra diriger encore un an l'association de Montréal.

Les nouveaux syndicalistes ont du pain sur la planche. La profession de médecin de famille est dévalorisée. Les hôpitaux veulent leur refuser le droit de pratique dans leurs murs.

Évincés des hôpitaux

Au début des années 1960, le médecin de famille est un clinicien polyvalent qui donne des consultations à son cabinet, fait des visites à domicile et pratique des accouchements. Lorsqu'il doit hospitaliser un patient, il réserve un lit dans un hôpital en tant que médecin visiteur pour l'y traiter. À cause de la concurrence, il doit toujours être disponible ou avoir un remplaçant. À cette époque, ce sont les patients qui paient les honoraires.

Ce monde de la médecine familiale est cependant en train de se fissurer. Le prestige du généraliste pâlit. Avec le développement de la science, la médecine spécialisée s'impose. Les spécialistes se multiplient. De 1941 à 1961, leur nombre triple presque au Québec, passant de 906 à 2443. Leur influence gonfle de manière proportionnelle. « À ce moment-là, les spécialistes prenaient toute la place dans les hôpitaux et avaient une très grande influence au Collège des médecins », soutient le D^r Desrosiers.

Progressivement, les omnipraticiens, de moins en moins considérés, sont évincés des grands hôpitaux par les spécialistes. « Ces derniers disaient que les omnipraticiens n'étaient pas compétents pour donner des soins spécialisés comme eux le faisaient dans les hôpitaux. Les généralistes ne l'étaient que pour traiter les malades à l'extérieur », mentionne le D^r Desrosiers. Les établissements universitaires ont ainsi enlevé les droits de pratique aux omnipraticiens visiteurs ou ne leur réservaient que des chambres privées ou semi-privées qui coûtaient plus cher aux patients.

Le D^r Laporte se souvient de ces problèmes. « On ne pouvait pas dire à une patiente : on va vous accoucher dans tel hôpital. Il fallait attendre que la parturiente entre en travail, puis nous appelions l'hôpital pour savoir si

on pouvait avoir une place. On nous répondait non. Alors, on essayait un autre hôpital. Cela n'avait pas de sens », a expliqué le médecin dans une interview qu'il a accordée au D^r Asselin. Les petits hôpitaux, par contre, semblaient plus ouverts. Le D^r Desrosiers, qui était lié à l'hôpital de quartier Fleury, lui, n'a pas personnellement connu ce type de situation.

Lutte pour des départements de médecine générale

Les médecins de famille finissent par se retrouver cantonnés à la pratique en cabinet et aux visites à domicile. Ils se sentent isolés, sont exaspérés et souffrent du manque de considération à leur égard. « J'avais atteint mon seuil de tolérance et décidai de militer au sein de l'Association de Montréal », a ainsi relaté un médecin, le D^r Gilles des Rosiers, frère cadet du D^r Georges Desrosiers dans *L'Écho* en 1998*.

Un événement a cependant précipité la syndicalisation. Le 1^{er} janvier 1961, la *Loi sur l'assurance hospitalisation* du gouvernement de Jean Lesage entre en vigueur. Les frais d'hospitalisation sont dorénavant gratuits pour tous. Les honoraires des médecins ne sont cependant pas encore payés, mais cela pourrait n'être qu'une question de temps. « Cette loi a joué un rôle, parce que c'était le prélude à l'assurance maladie pour la rémunération des médecins », explique le D^r Desrosiers. Il devenait donc urgent pour les omnipraticiens de se regrouper pour défendre leurs intérêts.

Dans une lettre adressée à tous les généralistes de Montréal, en janvier 1961, le D^r Laporte avertit d'ailleurs ses collègues : « Depuis l'installation du plan d'assurance hospitalisation par le gouvernement de la province de Québec, les médecins de



Photo : Studio O. Allard, BANQ

Le D^r Guy Laporte en 1966 au cours d'une assemblée spéciale d'information de l'Association des Omnipraticiens de Montréal

médecine générale, spécialement ceux de la région métropolitaine, font face à de nouveaux problèmes qui pourraient fort bien leur être préjudiciables pour peu qu'ils les délaissent*.

De grandes batailles attendent donc la nouvelle association. Dix mois après sa création, l'Association de Montréal présente un mémoire au ministre de la Santé pour dénoncer les hôpitaux qui refusent leur présence. Le document revendique un « droit égal pour le médecin de médecine générale de pratiquer la médecine et

d'utiliser l'hôpital à cette fin, au même titre que tout autre médecin*.

Les omnipraticiens veulent cependant plus. Ils désirent la création de départements de médecine générale dans les hôpitaux. À cette époque, les médecins de famille qui pratiquaient l'obstétrique ou hospitalisaient les patients

« Ces gens-là étaient vraiment décidés. Leur association n'avait pas encore d'existence légale, mais ils agissaient comme si elle était une fédération avec tous ses pouvoirs »

– D^r Marc-André Asselin

* Asselin, MA. *La petite histoire d'une grande association* (1961-2011) : *Histoire de l'Association des médecins de Montréal*. Montréal : AMOM ; 2011. 356 p.

devaient être membres du département où ils exerçaient et se soumettre à ses règles. « Il fallait suivre tous les protocoles que les spécialistes imposaient dans chaque département. L'enjeu de la bataille était d'obtenir le droit d'avoir notre département et d'y faire les choses à notre façon, de traiter les patients à notre manière et de recourir aux consensus que l'on voulait appliquer », explique le D^r Asselin.



Le D^r Jacques Dinelle
en 2002

Les généralistes vont avoir un coup de main du destin. En décembre 1961, le premier ministre **Jean Lesage** est hospitalisé. Un membre du bureau de l'Association qui n'a pas froid aux yeux, le D^r **Maurice Jobin**, se glisse jusqu'à son lit. Il lui explique la situation : « Nous aimerions que chaque hôpital, y compris les hôpitaux dits universitaires, ait un service de médecine générale et permette à un certain nombre d'omnipraticiens qui rempliraient les conditions voulues (compétence, intégrité, etc.) d'hospitaliser

et de traiter leurs malades*. » M. Lesage promet d'intervenir. Le lendemain, la rencontre est consignée dans un procès-verbal de l'Association.

En 1962, sous la pression de l'organisme, certains hôpitaux commencent à discuter de la possibilité de créer un département pour les omnipraticiens. Ce ne sera finalement qu'en 1969 que les généralistes obtiendront officiellement gain de cause. Une victoire importante.

« À acte médical égal, honoraires égaux. »

La rémunération était au cœur des préoccupations de l'Association de Montréal. « On a formé un syndicat pour pouvoir obtenir la rétribution que l'on considérait que l'on devait avoir d'abord auprès du Collège des médecins, et ensuite de l'État », indique le D^r Desrosiers.

L'Association compte des réussites étonnantes. Au début des années 1960, le Collège des médecins du Québec déterminait les tarifs des médecins sans voir de contradiction entre son rôle de protecteur de la santé des citoyens et celui de défenseur de la profession médicale.

Dominé par les spécialistes, le Collège maintenait par ailleurs les tarifs de ces derniers au-dessus de ceux des omnipraticiens.

Très tôt, le D^r Laporte a lancé un concept innovateur et provocateur : « à acte médical égal, honoraires égaux. » Cette phrase s'est propagée dans les rangs des omnipraticiens comme un slogan. Les généralistes estimaient qu'ils avaient droit à un minimum d'équité. Surtout quand les spécialistes se mettaient à pratiquer la médecine générale. « Le principe était qu'un acte médical de première ligne, comme la vaccination ou le traitement d'une grippe non compliquée, ne devait avoir qu'une rémunération unique, qu'il soit posé par un spécialiste ou un omnipraticien. Quant à l'acte médical de deuxième ligne, il devait avoir une rémunération différente et supérieure. Il s'agissait alors d'un acte de consultation, et il fallait que le patient soit dirigé vers le spécialiste par un omnipraticien », explique le D^r **Jacques Dinelle**, un syndicaliste de la première heure, maintenant âgé de 85 ans.

Les généralistes remportent ce bras de fer en 1963. Un gain que leur envient les omnipraticiens d'aujourd'hui. « Lorsque l'assurance maladie est née en 1970, on avait encore les mêmes tarifs que les spécialistes. C'est en 1976 que les choses ont commencé à changer », déplore le D^r Asselin.

Se sentant mal représentée, l'Association décide, dès 1962, de soumettre ses propres candidats à l'élection des gouverneurs du Collège des médecins. Plusieurs omnipraticiens se portent volontaires, dont le D^r Dinelle qui réussit à se faire élire. « Mon rôle au Collège était de représenter tous les médecins du district 11 et de faire valoir les intérêts des omnipraticiens », explique le médecin. Il a, entre autres, contribué à la reconnaissance des départements de médecine générale en siégeant au comité des règlements sur la *Loi des hôpitaux*.

Des décisions marquantes ont été prises par le Collège des médecins à cette époque : acceptation du syndicalisme médical, adoption du tarif unique pour certains actes médicaux, etc. « La nouvelle Association et les praticiens de Montréal ont maintenant un pied au Collège des médecins du Québec. Jamais plus ils n'accepteront d'être

exclus des décisions qui y sont prises », souligne *La petite histoire d'une grande association.*



Photo : AMOM

Le D^r Guy Laporte
en 2008

Comme des missionnaires

Les premières années du syndicalisme médical constituent une période héroïque. Aucun des membres du Bureau n'est payé pour ses tâches. La vie professionnelle des médecins de famille est déjà difficile. Le travail, exigeant. La

concurrence, féroce. Les élus se rencontrent après leur journée de labeur, vers 22 heures, et planchent jusque tard dans la nuit.

« Chaque semaine on se réunissait et on discutait pendant une heure ou deux des problèmes qu'on avait à affronter ou des sujets dont il fallait s'occuper », se souvient le D^r Desrosiers. La priorité était le recrutement. Pour avoir du poids auprès du gouvernement et des omnipraticiens, l'Association de Montréal devait être représentative.

L'Association a divisé la région de la métropole en 14 quartiers rattachés à un hôpital. « On convoquait les médecins de chaque quartier pour les rencontrer. Parfois, il n'y en avait que quatre ou cinq, mais ces réunions nous motivaient quand même. On passait une ou deux heures avec les médecins et on réussissait à les convaincre. On était comme des missionnaires. Au bout d'un an, l'Association avait pris beaucoup d'ampleur », se souvient le D^r Desrosiers. En décembre 1962, elle comptait ainsi 340 membres parmi les 590 omnipraticiens de la région.

L'Association profite de toutes les tribunes pour promouvoir sa cause. Télévision, radio, journaux. Elle est de presque tous les grands débats. Elle participe ainsi aux auditions sur

la *Loi des hôpitaux* et à la commission Hall sur l'avenir du système de santé canadien. Pour mieux informer ses membres, elle a également créé son premier *Bulletin de Nouvelles*, six mois après sa fondation. Il s'agit de l'ancêtre de *L'Omni* qui, lui, apparaîtra en 1978.

Les finances de l'Association sont cependant dans un piètre état. L'organisme doit même demander des dons à ses membres. La formule Rand, qui permet la perception de la cotisation syndicale à la source, ne s'appliquera partiellement qu'à partir de 1967, et totalement qu'à l'arrivée de l'assurance maladie universelle. En attendant, l'Association n'a pas assez d'argent pour faire des envois postaux. L'information est donc souvent transmise de bouche à oreille. En 1963, après réflexion et recherches terminologiques, l'organisme change de nom et devient l'« Association des Omnipraticiens de Montréal ».

« On convoquait les médecins de chaque quartier pour les rencontrer. Parfois, il n'y en avait que quatre ou cinq, mais ces réunions nous motivaient quand même. »

– D^r Georges Desrosiers

Le respect gagné par la formation

Dans les années 1960, les généralistes sont vus par leurs confrères spécialistes comme des médecins sans diplôme. Leurs études ne sont alors pas aussi poussées qu'elles le sont aujourd'hui. « En fait, la formation que l'on avait se limitait à l'internat, point à la ligne. Tous les médecins devaient

le faire. Ceux qui se spécialisaient faisaient quatre années de plus, mais nous, les omnipraticiens, nous devions nous contenter de l'internat », a confié le D^r Desrosiers dans une entrevue au D^r Asselin.

Les généralistes ne pourront gagner le respect que par la formation et la rigueur scientifique, pensent les syndicalistes. Faut-il imposer à tous les membres des heures de perfectionnement chaque année ? Plusieurs en sont persuadés. À leurs yeux, la médecine générale doit en outre devenir une discipline à part entière.



Le D^r Georges Desrosiers,
en 1962, à l'âge de 33 ans

Participons ou donnons ! La détresse des médecins, c'est notre cause !



6^e Tournoi de golf au profit de la Fondation du PAMQ le lundi 25 juillet 2011 au Club Le Mirage, à Terrebonne

Réservez cette date à votre agenda
et inscrivez-vous dès maintenant !

Inscription : www.fmoq.org
Dons ou commandites : mruel@fmoq.org

Merci à nos partenaires :



CABINET DE SERVICES FINANCIERS



Association des optométristes du Québec
Association canadienne de protection médicale
La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc.
Desjardins Sécurité financière – Fiducie Desjardins – Fiera Sceptre inc.
Gestion globale d'actifs CIBC inc. – Industrielle Alliance – Investissements SEI
La Personnelle, assurance de groupe auto et habitation
Sheer Rowlett & Associés et New Star Canada inc.

Une initiative des fédérations médicales :
fmoq.org fmeq.ca fmrq.qc.ca fmsq.org

Le D^r Desrosiers pense, dès cette époque, que chaque omnipraticien devrait avoir à accumuler un certain nombre d'heures de crédits et être incité à inscrire ses heures d'études dans un carnet de formation.

La naissance d'une fédération

L'Association n'était que le premier pas d'un mouvement provincial de syndicalisation.

« À partir du moment où l'Association de

Montréal est devenue officiellement un organisme syndical, elle a immédiatement commencé à aider les associations périphériques à devenir des syndicats », explique le D^r Asselin.

En 1963, le Québec compte déjà six syndicats. Suffisamment pour fonder une fédération. « Après de multiples rencontres avec les autres associations d'omnipraticiens du Québec, il semblait évident que seul un organisme fédéral des associations avait la force nécessaire pour faire valoir les intérêts des membres », indique le D^r Dinelle. La FMOQ est donc créée. Elle est composée de l'Association de Montréal, de celle de Québec, née officiellement en 1960, de celles des Bois-Francs, de Laurentides-Lanaudière et du Sud-Ouest, toutes trois mises sur pied en 1962, et de celle de la Mauricie fondée en 1963.

Dès le début, l'Association de Montréal joue un rôle central au sein de la FMOQ. Sur les sept membres du Bureau de la Fédération, trois en proviennent. De plus, la nouvelle Fédération s'installe dans les mêmes locaux que l'Association et partage même le personnel. Une certaine osmose est inévitable. L'Association de Montréal restera l'un des piliers de la FMOQ. Cependant, comme les grands enjeux provinciaux sont dorénavant défendus par cette dernière, l'Association se tourne davantage vers les dossiers montréalais importants. 🏏

*Les généralistes
ne pourront gagner
le respect que par
la formation et la rigueur
scientifique, pensent
les syndicalistes.
Faut-il imposer à tous
les membres des heures
de perfectionnement
chaque année ? Plusieurs
en sont persuadés.*

L'AMOM fête ses 50 ans anciens et nouveaux syndicalistes réunis

Le 1^{er} avril dernier, l'Association des médecins omnipraticiens de Montréal (AMOM) fêtait ses 50 ans. Créée en 1961, elle a été l'un des piliers du syndicalisme médical au Québec. Pour l'occasion,



D^r Georges Desrosiers



D^r Renald Dutil

l'AMOM avait réuni à un cocktail dînatoire 53 des 89 médecins qui ont siégé à son Bureau au cours des cinq dernières décennies.

Parmi les 11 présidents qui se sont succédé à la tête de l'Association, cinq étaient présents : les D^{rs} **Jean-Guy Harris, Raymond Rivest, Jean-Paul Robin, Renald Dutil** et le président actuel, le **D^r Marc-André Asselin**.

Des syndicalistes de la première heure, comme les D^{rs} **Georges Desrosiers, André Lapierre, Jacques Dinelle** et **Georges Boileau**, ont également été invités. « Je suis très fier d'avoir pu réunir tous ces médecins et que leurs souvenirs de

l'Association soient encore très vivants », a indiqué le D^r Asselin dans son allocution.

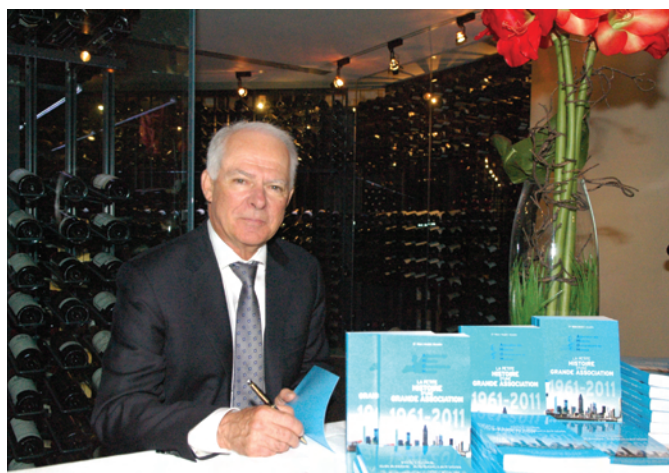
Le D^r Desrosiers, tout premier secrétaire de l'AMOM, n'avait rien oublié des débuts de l'Association. Il a d'ailleurs expliqué les priorités qu'avait alors l'organisme. Le recrutement de membres était capital pour les nouveaux



Le D^r André Lapierre et sa conjointe

syndicalistes. Parallèlement, ils ont aussi entrepris plusieurs combats. « On s'est battu pour que les omnipraticiens puissent exercer dans les hôpitaux par la création des départements de médecine générale », a expliqué le D^r Desrosiers. L'Association a également obtenu du Collège des médecins du Québec la reconnaissance du principe « à acte égal, honoraires égaux ». L'une de ses grandes réussites a par ailleurs été la création de la FMOQ. En ce qui concerne la formation, très tôt, l'AMOM en a compris toute l'importance pour la crédibilité de ses membres. « Au début, nous nous sommes surtout intéressés à la formation médicale continue », a expliqué l'ex-syndicaliste.

Président de l'AMOM de 1981 à 1995, le D^r Dutil sait lui aussi d'où étaient partis les omnipraticiens du début des années 1960. C'était avant que lui-même ne commence à



Le D^r Marc-André Asselin au lancement de son livre.

pratiquer. « On m'a dit que dans certains hôpitaux de Montréal un omnipraticien n'avait pas le droit de porter un sarrau ni d'aller au salon des médecins. » Grâce à l'AMOM les choses ont complètement changé. « Bravo à tous ces hommes et ces femmes qui, au fil de ces 50 ans, ont donné à l'Association de Montréal un leadership qui a permis de défendre comme il se devait les intérêts des omnipraticiens de Montréal », a dit celui qui a aussi été président de la FMOQ.

Photos : Emmanuèle Garnier



M^{re} François Chapados



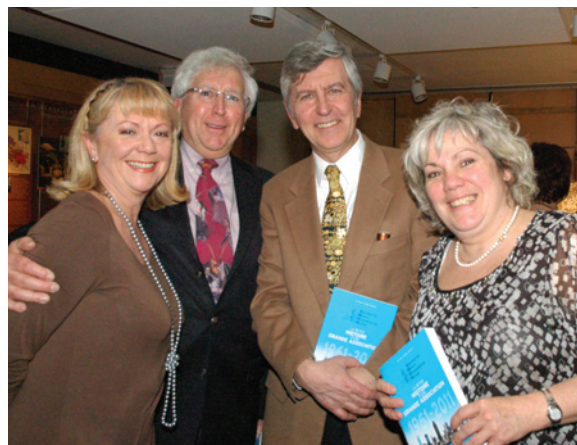
D^r Louis Godin

Négociateur en chef de la Fédération pendant une quarantaine d'années, **M^{re} François Chapados** a été un témoin privilégié de l'histoire de l'Association. Il a vu se succéder de nombreux présidents, du D^r Jean-Guy Harris jusqu'au D^r Asselin. « Ils ont été dignes de l'héritage qu'ils ont reçu. Ils ont consolidé l'association et lui ont permis de s'épanouir », a affirmé l'avocat.

Toute l'histoire de l'AMOM, des débuts difficiles aux grandes luttes en passant par les événements marquants se retrouve dans un livre : *La petite histoire d'une grande association (1961-2011) : Histoire de*



Participants de la soirée, dont le D^r Normand Rainville, le D^r Georges Boileau et le D^r Raymond Rivest.




M^{me} Francine Bilodeau, le D^r Claude Ménard, le D^r Claude Saucier et la D^{re} Anne Magnan

l'Association des médecins omnipraticiens de Montréal, qui a été lancé au cours du cocktail. L'auteur, le D^r Marc-André Asselin, en a remis un exemplaire dédicacé à chacun des invités.

« Vous allez lire, dans ce livre, l'histoire de médecins qui se sont engagés dans la défense des omnipraticiens de Montréal, mais aussi de ceux du Québec », a expliqué le **D^r Louis Godin**. Le président de la FMOQ a d'ailleurs tenu à manifester sa reconnaissance aux médecins présents. « À vous tous qui avez été élus, mes félicitations et mes remerciements, parce que vous avez été à la base de cette grande association, mais aussi de la Fédération. »



D^r Yves Bolduc

Présent à la soirée, le ministre de la Santé et des Services sociaux, le **D^r Yves Bolduc**, a réaffirmé pour sa part l'importance de la médecine familiale. À titre de ministre, l'une de ses principales préoccupations est l'organisation des services médicaux dans la métropole. « Comme gouvernement, on doit s'arranger pour que Montréal ait une médecine familiale à la hauteur de ce que vous avez fait par le passé. Vous avez toujours été bien organisés. Et là-dessus, je vais vous soutenir », a-t-il assuré à l'assistance.  EG

Un livre sur l'AMOM

La petite histoire d'une grande association

Quand le D^r Marc-André Asselin a commencé à se plonger dans l'histoire de l'Association des médecins omnipraticiens de Montréal (AMOM), il a été frappé par une impression de déjà-vu. La situation des généralistes d'il y a cinquante ans a de troublantes similitudes avec celle des médecins de famille d'aujourd'hui.

Début des années 1960. Les spécialités se développent et se multiplient dans le monde médical. Elles sont prestigieuses, attirantes et bien rémunérées. « À cette époque, les spécialistes gagnaient beaucoup plus que les omnipraticiens. On se retrouvait donc avec des problèmes de valorisation de la médecine familiale, de rémunération et de manque d'attrait pour recruter les jeunes médecins », explique le D^r Asselin, auteur de *La petite histoire d'une grande association (1961-2011) : Histoire de l'Association des médecins omnipraticiens de Montréal*.


Il a fallu trois ans et demi de recherche et de travail au D^r Asselin, président de l'AMOM, pour rédiger son livre. Un document dense qui fait revivre à travers l'histoire du syndicalisme médical tout un pan de celle du Québec. L'auteur a lu les quelque mille procès-verbaux de son association, compulsé de nombreux articles de journaux des cinquante dernières années et consulté différents documents, dont une thèse d'université. Il a également interviewé des acteurs des premiers temps : le D^r Guy Laporte, premier président de l'AMOM, le D^r Georges Desrosiers, premier secrétaire et le D^r Jacques Dinelle, lui aussi un combattant de la première heure. Le D^r Asselin a aussi rencontré des personnages-clés arrivés un peu plus tard, comme le D^r Raymond Rivest,

quatrième président, et M^c François Chapados, ancien négociateur en chef de la FMOQ.

Le D^r Asselin voit, dans les premiers syndicalistes, des visionnaires. En 1962, déjà, le D^r Georges Desrosiers soutenait qu'il fallait considérer la médecine générale comme une discipline particulière et en fixer les normes comme c'était le cas pour les spécialités. « Il a fallu cinquante ans avant que l'on devienne des spécialistes », fait remarquer le D^r Asselin. Les premiers syndicalistes proposaient également une formation continue obligatoire pour les omnipraticiens. « Ils parlaient aussi de l'assurance maladie universelle alors que la commission Hall n'avait pas encore commencé à Ottawa. »

L'histoire de l'AMOM est tissée de grandes et de petites avancées. Elle compte des réussites

éclatantes, comme la création de la FMOQ, mais aussi des victoires plus modestes, mais également importantes, telles que la résolution de problèmes médicaux purement montréalais. Elle s'est ainsi penchée sur l'organisation des soins à Montréal et sur la question des urgences à domicile. L'AMOM a par ailleurs vu l'arrivée de l'assurance maladie, la multiplication des grandes cliniques privées qui faisaient

contrepoids aux CLSC et la création des régies régionales vers la fin des années 1970. Tout au long de ces années, elle a également acquis une expertise pour défendre ses membres lors d'enquêtes professionnelles. Cependant au milieu de tous ses rôles, l'organisme n'a jamais cessé, depuis 1963, d'être un acteur incontournable au sein de la Fédération. Certains parlent du « vaisseau amiral ».  EG



On peut obtenir le livre gratuitement en envoyant un courriel à dvillemaire@amom.net. Il y a cependant des frais de poste de 10 \$.

Colloque de la commission des présidents

négociations et valorisation de la pratique en première ligne

Emmanuèle Garnier

Les 19 présidents des associations affiliées à la FMOQ ainsi que le président de la Fédération se sont réunis les 7 et 8 avril derniers pour étudier les dernières offres du gouvernement concernant le renouvellement de l'Entente générale. Ces propositions avaient été déposées quelques semaines plus tôt.

« Les négociations progressent. Des pas importants ont été faits, mais il y a encore du travail à effectuer. Rien n'est réglé. On continue à se préparer à toute éventualité », a résumé à la fin de la rencontre le **D^r Louis Godin**, président de la FMOQ. Les discussions entre le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et la Fédération vont se poursuivre. Il est donc possible que des propositions bonifiées soient présentées à la réunion du Conseil général du 7 mai prochain.

Les premières propositions du gouvernement remontent au début de décembre. Les délégués du Conseil les avaient alors totalement rejetées.



D^s Marc-André Asselin, Louis Godin et Claude Saucier

Le MSSS avait offert une hausse de base de 6 % en cinq ans. À cela s'ajoutait, pour réduire l'écart de rémunération entre les omnipraticiens et les spécialistes, une hypothétique augmentation de 7,9 % sur cinq ans, si la hausse du produit intérieur brut était suffisante.

Valorisation de la pratique en première ligne

Les revendications de la FMOQ reposent sur trois axes :

- la rémunération des omnipraticiens ;
- le soutien à la pratique ;
- l'organisation des soins de première ligne.

« Les propositions de la FMOQ vont au-delà des négociations », a affirmé **M^{me} Marianne Casavant**, conseillère en

politiques de santé à la FMOQ. Elle a présenté aux vingt présidents, en collaboration avec le **D^r Serge Dulude**, directeur de la Planification et de la Régionalisation de la Fédération, une analyse reposant sur des études québécoises, canadiennes et internationales. « Notre synthèse montre qu'il y a un consensus au sein de la communauté. Il y a urgence d'agir. Quand on regarde toutes ces études, cela fait peur, parce que si rien n'est fait, on s'en va droit vers un mur. C'est l'avenir de la médecine familiale qui est en jeu », a soutenu la conseillère, qui vient de rédiger le document *Valorisation de la médecine familiale : il y a consensus !*

La rémunération est un enjeu important, a souligné M^{me} Casavant. En 2007, le chercheur



M^{me} Marianne Casavant



D^r Serge Dulude

Paul Lamarche et ses collaborateurs écrivaient que la rémunération « témoigne de l'importance qu'une société accorde à la place qu'occupent les médecins dans le système de soins. Elle atteste de la nécessité que la société accorde aux services qu'ils produisent. Il en est aussi du différentiel de rémunération entre les médecins et particulièrement entre les spécialités médicales. »

Au Québec, on sait que l'écart net de rémunération entre omnipraticiens et spécialistes est actuellement de 79,5 % et va continuer de s'accroître si rien n'est fait. La Colombie-Britannique, elle, a réglé ce problème. Il y a quelques années, elle a connu de nombreuses crises en première ligne causées principalement par l'écart de rémunération qui s'était creusé entre omnipraticiens et spécialistes. En 2007, après avoir analysé le dossier, la Cour suprême de la province a tranché. « Elle a conclu qu'il n'y a aucune raison de maintenir un écart supérieur à 20 % », a indiqué la conseillère en politiques de santé.

Le soutien à la pratique

La FMOQ demande aussi un meilleur soutien à la pratique. Il s'agit de l'un des problèmes qui poussent les médecins à délaisser la prise en charge des patients. Le pourcentage d'omnipraticiens se consacrant uniquement à la pratique en première ligne est d'ailleurs passé de 38 % à 26 % de 2006-2007 à 2008-2009. « C'est une diminution de 30 %. C'est inquiétant », a indiqué le D^r Serge Dulude.

La pratique en première ligne devient d'ailleurs de plus en plus lourde. Des chercheurs comme **André-Pierre Contandriopoulos** et ses collaborateurs ont constaté que le nombre de personnes de 65 ans et plus est passé de 16 % à 20 % entre 1994 et 2002. Au cours de cette période, le nombre moyen de patients par médecin a diminué, mais la durée des consultations s'est accrue et les actes médicaux sont devenus plus complexes. D'autres études révèlent que le nombre de personnes atteintes de maladies chroniques a augmenté, tout comme leur espérance de vie. Les patients sont ainsi malades plus longtemps.



Quelques présidents d'association

Pour pouvoir prendre en charge plus de patients, les médecins ont besoin d'être outillés. « Le travail de groupe, l'interdisciplinarité, l'utilisation de guides de pratique et l'accès au dossier médical électronique sont des passages obligés pour assurer une plus grande prise en charge, tout en préservant la qualité des services rendus », soutient d'ailleurs M^{me} Casavant dans son document *Valorisation de la médecine familiale : il y a consensus !*

Le recours aux dossiers médicaux électroniques est particulièrement rentable, a montré une étude ontarienne publiée en 2009 dans *eHealth Ontario*. « Les auteurs estiment que le recours aux dossiers médicaux électroniques permet, outre les économies financières, d'éviter annuellement 2000 décès par année, 20 000 hospitalisations et environ 132 000 consultations au cabinet », a expliqué le D^r Dulude.

Investir dans des programmes pour réduire les facteurs de risque comme le tabagisme, l'inactivité et l'obésité est également rentable, selon une étude du Manitoba. « Les auteurs



Photos : Emmanuelle Garnier

Quelques présidents d'association

estiment qu'une diminution annuelle de 1 % de la population présentant des facteurs de risque grâce à un investissement de 529 millions de dollars permettrait une économie de 540 millions de dollars », a précisé le D^r Serge Dulude

La pénurie de médecins de famille ne semble cependant pas près de se résorber. Le manque d'omnipraticiens risque de se poursuivre non seulement en première ligne, mais dans tout le système. Une étude du ministère de la Santé et des Services sociaux faite avec les paramètres

de 2007 montre que si 45 % des postes offerts en médecine sont réservés à la médecine familiale et que 85 % de ces places sont pourvues, il y aurait une aggravation marquée de la pénurie actuelle en 2027. « Il manquerait alors environ 1800 omnipraticiens », a indiqué le D^r Dulude. Et même si l'on réservait la moitié des places à la médecine familiale et que toutes étaient prises, la pénurie ne serait réglée que vers 2016.

L'organisation des services

La FMOQ demande également une meilleure organisation des services. Les cabinets médicaux jouent un rôle crucial dans les soins de première ligne et l'évolution des pratiques et les nouvelles technologies permettent de songer à de nouveaux modèles d'organisation.

La Colombie-Britannique, par exemple, a offert à tous ses médecins de famille la possibilité de participer à un programme de soutien à la pratique. Cela leur donne une aide dans leur travail, l'accès aux données probantes et à des outils de gestion de la pratique. « Ce programme repose sur quatre modules : la mise en place du système d'accès rapide aux soins pour les patients, la prise en charge des maladies chroniques, la santé mentale et la consultation médicale centrée sur l'autogestion », a précisé M^{me} Casavant.

Le système de *Medical Home* est également intéressant. Selon le Collège des médecins de famille du Canada, « ce concept est désormais considéré internationalement comme étant un modèle qui améliore la prestation des soins de première ligne et l'accessibilité pour les patients. » Dans ce système, les patients ont un médecin de famille qui travaille en équipe avec d'autres professionnels de la santé et dispose d'un dossier médical électronique. Les rendez-vous sont donnés en fonction des besoins du patient. Il y a également une coordination avec tous les autres services médicaux comprenant un aiguillage vers les spécialistes consultants. Ce modèle constitue un peu une synthèse des demandes de la FMOQ.

« Depuis le début de l'assurance maladie, l'importance d'une première ligne forte a été répétée à plusieurs reprises. Il est maintenant temps de passer à l'action », a conclu M^{me} Casavant. 🍷

Nouvelle campagne de publicité

la souffrance de ne pas avoir de médecin de famille

Emmanuelle Garnier

La nouvelle campagne de publicité de la FMOQ, qui a commencé le 19 avril à la télévision, repose sur l'émotion. Le cri désespéré d'hommes, de femmes et d'un enfant qui souffrent. Les larmes d'une famille dont l'un des membres est malade. L'angoisse d'un homme seul devant sa maladie et qui n'a pas accès à un médecin de famille. L'anxiété de son entourage.

« Nous voulions montrer que lorsqu'une personne n'a pas accès aux soins, à un médecin de famille ou à un suivi médical approprié, cela a des répercussions sur toute sa famille, qu'il s'agisse d'un grand-père, d'un père ou d'un petit enfant », explique **M. Jean-Pierre Dion**, directeur des Communications à la Fédération.

Au Québec, deux millions de Québécois ne sont pas pris en charge par un omnipraticien. Comme Maurice, personnage de l'une des publicités à la radio. Il n'a pas été suivi par un médecin de famille depuis huit ans et il est maintenant trop tard pour lui. « Notre but était de montrer que les omnipraticiens sont sensibles à cette réalité. Ils en sont témoins quand ils voient des patients

aux consultations sans rendez-vous ou à l'urgence », indique M. Dion.

Le Québec ne consacre, par ailleurs, que 2,9 % du budget de la santé au soutien des médecins en cabinet. « Nous désirions aussi passer le message que le Québec investit très peu dans la médecine familiale. Un investissement dans ce secteur équivaut clairement à moins de souffrance et d'angoisse pour les gens. Tous les indicateurs de santé montrent que lorsqu'on a une première ligne de soins forte, la population est en meilleure santé. »



M. Jean-Pierre Dion

Photo : Emmanuelle Garnier

La campagne de publicité, d'une durée de quatre semaines, a commencé à la télévision par trois publicités-chocs diffusées aux heures

de grande écoute sur les chaînes francophones et anglophones. La semaine suivante, quatre messages se sont ajoutés à la radio. Des publicités apparaissent également dans les quotidiens, les sites Web et au cinéma.

« Cela fait deux ans et demi que l'on se bat pour la valorisation de la médecine familiale et qu'on dit qu'il y a urgence d'agir, affirme M. Dion. Nous en sommes maintenant à un point où la situation stagne. Sur le terrain, les médecins se

sentent de plus en plus impuissants devant le manque de ressources. C'est un problème social trop important pour le laisser sombrer dans l'oubli. »



Négociations

la FMOQ appuie les résidents



Photo: Emmanuèle Gauthier

Dr Charles Dussault

La FMOQ soutient les résidents qui croisent actuellement le fer avec le gouvernement du Québec dans le cadre du renouvellement de leur entente collective. La Fédération a d'ailleurs rédigé un mot sur le site www.releveensante.ca que la Fédération des médecins résidents du Québec (FMRQ) a créé pour obtenir des appuis

de la population et de divers organismes.

La FMOQ mentionne dans son message qu'elle soutient sans réserve les médecins résidents « dans leur lutte pour l'obtention de ce qu'ils méritent amplement, au nom de l'équité et du gros bon sens : une rémunération concurrentielle et de meilleures conditions de pratique ».

La Fédération dénonce par ailleurs le fait que le gouvernement du Québec est incapable d'offrir des conditions de travail stimulantes et concurrentielles aux membres de la profession médicale. L'État, aux yeux des omnipraticiens, ne tient pas compte du fait que les médecins québécois comptent parmi les meilleurs du monde. « Voilà un bien triste constat et un bien mauvais message qu'on envoie non

Témoignage d'un résident sur www.releveensante.ca

Une semaine de 120 heures à l'hôpital

« Vendredi soir, 20 h. Je rentre tout juste de l'hôpital, où j'ai passé 120 heures cette semaine. Oui, 120 heures depuis vendredi dernier. Mais au-delà des interminables semaines de travail, du stress que représente à journée longue la prise de décisions cliniques qui influent sur la vie des gens, de la rémunération qui, certaines semaines, n'atteint pas le minimum, vous savez ce qui est le plus navrant ? Ce qui me désole le plus ? C'est de constater que mon employeur se moque en quelque sorte de mes efforts en ne négociant pas sérieusement avec ma fédération. »

Guillaume D

seulement aux médecins sur le terrain, mais aussi à la relève médicale. »

La FMRQ a également obtenu le soutien entre autres de la Fédération des médecins spécialistes du Québec et de la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec. Dans le reste du pays, les associations de résidents de la Colombie-Britannique, de l'Alberta et de l'Ontario leur ont aussi manifesté leur appui, tout comme l'Association canadienne des médecins résidents.


Mécontentement des résidents

Les négociations entre les résidents et le ministère de la Santé et des Services sociaux sont au point mort depuis le dépôt des propositions gouvernementales le 9 mars dernier. « On attend toujours de nouvelles offres. Il n'y a pas eu d'autres contacts avec les représentants du Ministère, affirme le **D^r Charles Dussault**, président de la FMRQ. Au cours des

prochaines semaines, nous tiendrons des assemblées générales pour discuter de ce qui va suivre.

Éventuellement, il pourrait y avoir une série de moyens de pression d'ici à l'été si le gouvernement ne revient pas à la table de négociations. »

Les deux principales demandes des résidents concernent leur revenus et le nombre d'heures de garde. Ils désirent, d'une part, un rattrapage par rapport aux autres résidents canadiens avec qui ils ont un écart de rémunération de 25,6 % et, d'autre part, une réduction des gardes de 24 heures à 16 heures.

Au début de mars, le gouvernement a proposé aux jeunes médecins une formule où ils travailleraient 16 heures par jour, mais pendant cinq jours consécutifs. En outre, ils ne seraient plus payés pour les gardes faites à la maison. La FMRQ a catégoriquement rejeté ces offres. Elle demande, par ailleurs, des propositions englobant toute l'entente, et non uniquement certains aspects.  EG

pratico-pratique

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

Valsalva à la seringue

Le patient arrive à l'urgence en tachycardie supraventriculaire paroxystique. Habituellement, on va chercher de la glace qu'on lui applique sur le visage et une paille dans laquelle on le fait souffler ou on lui explique comment faire un effort de défécation volontaire.

Il y a cependant une manière beaucoup plus simple de faire des manœuvres vagales en attendant que l'infirmière installe une voie veineuse : faire souffler le patient dans une seringue sans aiguille. Un objet à portée de la main à l'urgence. « On prend une seringue avec un piston et l'on insère l'extrémité où l'on visse normalement l'aiguille dans la bouche du patient. En soufflant, le patient rencontrera une résistance qui pourra provoquer une cardioversion. Ça tiens bien », explique la **D^{re} Isabelle Pelletier**, médecin de famille qui travaille en soins critiques au Centre hospitalier de La Pocatière. L'omnipraticienne recourt deux ou trois fois par année à ce truc qui lui a été enseigné par l'infirmier-chef de l'urgence, **M. Jean Martin**. **EG**

Du misoprostol pour les poses difficiles de stérilet

Que faire quand on ne réussit pas à installer un stérilet ou à pratiquer une biopsie de l'endomètre ? On a essayé une première fois, puis utilisé un dilateur, mais en vain.

« Dans de tels cas, je prescris à la patiente 400 mg de misoprostol (Cytotec) par voie vaginale douze heures avant un nouvel essai » explique le **D^r Claude Goyette**, médecin de famille de Saint-Jérôme, qui tient ce truc de gynécologues avec qui il a travaillé. La patiente insère donc le médicament avant d'aller au lit et revoit le médecin le lendemain matin. « À ce moment-là, le col est plus malléable et la plupart du temps on réussit à installer le stérilet ou à faire la biopsie. Il faut toutefois prévenir la patiente qu'elle peut avoir de petites contractions durant la nuit », explique le médecin.

Au Canada, le misoprostol, un mucoprotecteur, est uniquement indiqué dans le traitement et la prévention d'ulcères gastroduodénaux et le traitement d'ulcères duodénaux. Cependant, la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada en recommande l'utilisation pour la maturation du col avant un avortement chirurgical. Le médicament a aussi été employé pour faciliter l'insertion de dispositifs intra-utérins, mentionne le *Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques*. **EG**

Que faire quand il y a un accompagnateur ?

Bien des patients vont voir le médecin accompagné d'un conjoint, d'un enfant adulte ou d'un ami. Comment agir avec ce tiers ? « Il arrive que le médecin s'occupe du patient sans s'intéresser à l'autre personne », déplore le **D^r Richard Boulé**, médecin de famille et professeur à l'Université de Sherbrooke.

Après avoir accueilli le patient et salué l'accompagnateur, le **D^r Boulé**, pour sa part, s'enquiert de l'identité de ce dernier et de la raison de sa venue. « Je demande ensuite au patient s'il est d'accord pour que cette personne soit présente », explique le clinicien. Il lui est arrivé de recevoir une patiente accompagnée d'un homme qui semblait être son conjoint. Vérification faite, il s'agissait... du chauffeur de taxi qui avait conduit la dame et décidé d'assister à la consultation !

Quand le patient souhaite la présence de l'accompagnateur, il faut néanmoins prendre une précaution. « On dit à ce dernier qu'au moment de l'examen, on va lui demander de sortir et que l'on verra ensuite s'il doit revenir à la fin de l'entrevue », indique le **D^r Boulé**. Cela permet d'avoir un moment d'intimité avec le patient pour discuter de questions délicates.

Dans bien des cas, la présence du tiers est utile. « Il est parfois judicieux de lui demander s'il a des préoccupations concernant le patient. » Il est souvent un allié pour le médecin et peut lui révéler des informations importantes. **EG**

Le Médecin du Québec

Thèmes de formation continue des prochains numéros

- *Juin 2011*
La prostate
- *Juillet 2011*
L'antibiothérapie
- *Août 2011*
**Le retard de croissance
chez l'enfant**
- *Septembre 2011*
L'obésité
- *Octobre 2011*
**La dermatologie
et la médecine esthétique**
- *Novembre 2011*
Le suivi de grossesse
- *Décembre 2011*
Le nouveau-né
- *Janvier 2012*
Les neuropathies





Congrès de formation médicale continue

FMOQ

12 et 13 mai 2011

La gastro-entérologie

Hôtel Sheraton Laval,
Laval

9 et 10 juin 2011

L'ORL et les allergies

Hôtel Delta Québec,
Québec

15 et 16 septembre 2011

La thérapeutique

Hôtel Hilton Bonaventure,
Montréal

13 et 14 octobre 2011

La neurologie

Hôtel Delta Québec,
Québec

10 et 11 novembre 2011

La nutrition

Hôtel Delta Québec,
Québec

1^{er} et 2 décembre 2011

La santé des hommes et des femmes

Hôtel Mortagne
Boucherville

Traversée de l'Atlantique à la rame

le défi du D^r Sylvain Croteau

Au début de mars, le D^r Sylvain Croteau, omnipraticien du Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de Gatineau, est revenu d'un long voyage. Une traversée de l'Atlantique à la rame. Avec quinze compagnons, il est parti d'Agadir, au Maroc, pour se rendre jusqu'à la Barbade. Cinquante-deux jours à ramer dans un catamaran. Deux heures d'aviron, deux heures de repos, jour et nuit.

Le D^r Croteau s'était joint à une équipe internationale qui comprenait, outre sept Canadiens, un Géorgien, un Autrichien, une Australienne, un Britannique et des Américains. Ils comptaient battre le record de traversée transocéanique dans une embarcation spécialement conçue pour ce type d'épreuve. Ils étaient bien équipés : panneaux solaires pour l'électricité, désalinisateurs, nourriture déshydratée, téléphones satellites, etc. Au cours du trajet, ils ont connu des moments inoubliables. Des levers de soleil et de lune grandioses, une mer changeante qu'il a fallu apprivoiser. Mais la traversée fut exigeante. Hypothermie, manque de sommeil, perte de poids, ampoules. Et peu après le départ, deux des membres de l'équipage se sont blessés et n'ont pu ramer.

Le D^r Croteau, qui fait de l'aviron depuis 2007, avait envie de relever ce défi. « Je voulais prendre la mesure de moi-même, me dépasser », dit-il.

(Suite à la page 122) >>>>



Le D^r Sylvain Croteau (au milieu) au début de son voyage.

◀◀◀ (Suite de la page 109)

Il désirait aussi être un exemple pour ses fils de 8 et 10 ans. «Je voulais leur transmettre le message que, peu importe le talent que l'on a, par une action à la fois, par un coup de rame à la fois, on peut se rendre très loin. Je n'ai cependant pas l'intention de leur donner dix exemples de ce genre. »

Finalement, l'équipe n'a pu traverser l'Atlantique en 36 jours et battre ainsi le record, entre autres à cause de systèmes météorologiques défavorables.

Le voyage intérieur

Le D^r Croteau a aussi parcouru, au cours de sa traversée, un long chemin intérieur. L'existence offre peu d'occasions de se couper de tout pendant aussi longtemps. « On se rend alors compte que beaucoup de choses urgentes qui nous occupent tous les jours n'ont en définitive que très peu d'importance et qu'on n'accorde pas assez de temps à beaucoup de choses essentielles pour nous. » Et ce qui est si précieux pour le D^r Croteau, c'est sa famille. Il a aussi pris conscience avec plus d'acuité de ses différents rôles : médecin, concepteur, parent, conjoint, ami et personne qui doit s'occuper d'elle-même. Maintenant, chaque semaine, il réserve du temps dans son horaire à chacune de ces sphères pour leur permettre de croître. « Comme parent, par exemple, je me pose la question : qu'est-ce que je vais faire cette semaine avec mes enfants ? Je ne laisserai pas simplement le hasard ou la routine faire en sorte que je vais m'occuper d'eux. Je vais véritablement penser à quelque chose de précis à faire avec mes fils. » Sylvain Croteau n'a cependant pas encore fini de donner un sens à son expérience.

Le médecin a, par ailleurs, profité de son voyage pour amasser des fonds pour son nouvel outil informatique d'aide à la démarche clinique. Ceux qui voulaient l'encourager pouvaient faire un don pour ce projet à la Fondation du CSSS de Gatineau. ☺ EG



Le D^r Sylvain Croteau à la fin de son voyage avec ses deux fils.