

L'ère des GMF s'ouvre

les premiers groupes ont commencé à fonctionner

Photo : Emmanuèle Garnier.



Le D^r Mario Dubois.

C'était le jour 1 du Groupe de médecine familiale (GMF) de Jonquière. La première infirmière clinicienne venait d'entrer en fonction le matin même. Elle aura à suivre certains patients, à faire des actes délégués, du triage aux consultations sans rendez-vous, et à régler certains problèmes de santé. Le GMF offrira à sa clientèle 70 heures de services infirmiers, entre autres le soir et le week-end.

« L'infirmière pourra répondre à la clientèle directement, et le patient n'aura alors pas nécessairement besoin de rencontrer l'omnipraticien. Je pense que le client acceptera

facilement de voir une infirmière, non pas à la place du médecin, mais de manière complémentaire », explique le D^r Mario Dubois, responsable du GMF.

Le GMF de Jonquière est formé de sept généralistes travaillant au sein d'une même clinique. Il dispose depuis le début de décembre d'une adjointe administrative et maintenant, d'infirmières cliniciennes.

Quelle est la différence entre ce nouveau mode de fonctionnement et celui d'avant ? « Auparavant, on fonctionnait en "silo". Chaque médecin avait ses propres patients et ses propres dossiers. Dorénavant, avec le GMF, il y aura un travail d'équipe. Quand un de mes collègues s'absente, son patient devient le mien. Nous avons également maintenant une équipe interdisciplinaire. On va aussi suivre de plus près notre clientèle vulnérable en lui offrant une plus grande disponibilité », explique le D^r Dubois.

Autre avantage du GMF pour les omnipraticiens : le système informatique. Les médecins sont branchés à un réseau qui leur permet d'obtenir par ordinateur les résultats des examens de laboratoire, et bientôt de radiologie. Le GMF de Jonquière a toutefois une longueur d'avance sur d'autres groupes grâce à un projet pilote du ministère de la Santé et des Services sociaux auquel il participe depuis l'automne.

L'inscription des patients n'avait pas encore commencé au premier jour de fonctionnement du GMF. La Régie de l'assurance maladie n'était alors pas prête à recevoir les noms des premiers patients. Le D^r Dubois sait que la tâche sera importante. Le GMF de Jonquière a participé à un projet pilote d'inscription de la clientèle. « Nous avons vu environ 120 personnes en trois jours et demi. Il faut compter de sept à huit minutes par personne. Il n'y a pas vraiment eu de refus. Les gens ont cependant beaucoup de questions. Ils se demandent, par exemple, ce que veut dire la disponibilité 24/7. Cela a été tellement galvaudé ! »

Et qu'est-ce vraiment que l'accessibilité 24 heures par jour à des services de santé ? « C'est un service tant infirmier que médical qui est offert 24 heures par jour,

SYNDIGRAPHIES CE MOIS-CI

<i>L'ère des GMF s'ouvre</i>	
<i>les premiers groupes ont commencé à fonctionner</i>	1
<i>Campagne de sensibilisation</i>	
<i>le rôle de l'omnipraticien</i>	3
<i>Entente entre les spécialistes et le gouvernement</i>	
<i>des gains importants</i>	11
<i>La force collective des médecins</i>	
<i>entretien avec le D^r Jacques Desroches</i>	12
<i>Le D^r William Barakett reçoit l'Ordre du Canada</i>	14

sommaire de la revue, page 5 >>>

sept jours par semaine aux patients vulnérables inscrits, à ceux qui sont vraiment malades. Évidemment, la tâche des médecins s'alourdira. Mais je ne pense pas qu'on sera dérangés toutes les nuits. Si c'est le cas, cela signifiera que notre clientèle est mal soignée et qu'il faudrait peut-être la voir plus souvent. »

Le GMF des Grandes-Fourches

En Estrie, le nouveau GMF des Grandes-Fourches a été créé par 22 omnipraticiens venant principalement du CLSC de Sherbrooke. « C'est un changement important, mais qui était nécessaire, estime le **D^r André Munger**, médecin responsable du groupe. Nous cherchions une formule qui nous permette de relever de nouveaux défis en première ligne. Le GMF nous proposait un nouveau concept, qui ne révolutionne pas tout, mais qui nous permet d'aller plus loin pour aider les patients. »

Le nouveau GMF devrait maintenant avoir commencé à fonctionner. Les deux infirmières cliniciennes avaient déjà été sélectionnées et l'adjointe administrative était engagée. Outre les médecins du point de service centre-ville du CLSC de Sherbrooke, le GMF compte également ceux de deux petites cliniques privées.

Qu'est-ce que la nouvelle formule changera au travail médical ? « Notre pratique sera plus intéressante et plus centrée sur les besoins de nos patients. Nous allons nous consacrer davantage au suivi et à la continuité des soins. Nous pensons que le GMF nous permettra d'avoir de meilleures conditions pour le faire et une meilleure organisation. Les médecins de l'équipe désiraient accorder plus de temps clinique à leurs patients et offrir un suivi à une plus grande clientèle. Le principe du GMF nous permet justement de nous libérer d'un certain nombre de responsabilités administratives qui seront assumées par une adjointe. »

Les patients inscrits au nouveau GMF bénéficieront par ailleurs d'autres avantages. Ils pourront ainsi voir un médecin dans la journée même. Les omnipraticiens ont déjà commencé à offrir à leur clientèle un service de

consultations sans rendez-vous.

Avec la création du GMF s'ouvrent par ailleurs de toutes nouvelles avenues pour la recherche. Les idées fusent dans la tête du D^r Munger. « On pourra avoir des données sur la santé de notre clientèle et sur son utilisation des services médicaux, explique-t-il. Il sera également possible de voir quelle sont les meilleures méthodes d'intervention et de cerner des pistes pour maintenir la santé de la population inscrite. On pourra aussi évaluer nos initiatives dans le domaine de la prévention et du dépistage. Un membre de notre comité de travail est chargé de toute la question de la recherche et de l'évaluation. »

L'informatique, cependant, est la partie faible du GMF. Les ordinateurs devraient maintenant être installés, mais ils ne fourniront pas les résultats des tests de laboratoire des patients. « Ce qu'on nous propose, c'est un classeur électronique dont nous n'avons pas besoin », affirme le D^r Munger, déçu.

Les liens entre les médecins et le CLSC vont maintenant se modifier. « Le fait d'avoir notre propre budget change la donne. » Une nouvelle direction va d'ailleurs être créée pour le GMF au sein du CLSC, qui a bien accueilli le projet.

Le GMF de Beauport

Le groupe de médecine familiale de Beauport est déjà lancé depuis plusieurs semaines. La transition s'est faite en douceur. Depuis quelques années, le CLSC fournissait déjà des infirmières à la clinique. Ces professionnelles de la santé faisaient du triage, confirmaient certains diagnostics – en vérifiant, par exemple, la pression de patients potentiellement hypertendus –, faisaient également de l'enseignement aux patients diabétiques ou cardiaques. Le GMF permet maintenant d'aller plus loin.

« Nous en sommes à peaufiner le rôle de



Le D^r André Munger.

Photo : Emmanuelle Garnier.

l'infirmière, explique le **D^r Nil Lefrançois**, l'un des médecins du GMF. Nous essayons de voir dans notre pratique quotidienne quelles tâches on pourrait lui déléguer. Elle pourrait, par exemple, suivre des enfants ayant eu des otites pour vérifier s'ils n'en gardent pas des séquelles auditives, donner des injections mensuelles de vitamine B₁₂, administrer des antipsychotiques à longue durée d'action par voie intramusculaire, suivre des hypertendus sans problème, etc. Le champ d'intervention de l'infirmière est très vaste. Il reste à le développer. »

Du côté de l'informatique, par contre, les médecins du GMF de Beauport n'obtiennent pas eux non plus l'aide espérée. « Tout le système est installé, mais la seule chose que l'on peut faire actuellement, c'est aller dans Internet », déplore le D^r Lefrançois.

Pourquoi avoir tenté l'expérience des groupes de médecine familiale ? « C'était la seule avenue pour essayer de surnager et d'obtenir de l'aide. J'ai 30 ans de métier et je n'ai jamais travaillé aussi fort. Notre pratique devient de plus en plus lourde. Depuis des années, nous tentons en vain de recruter des médecins. Comme omnipraticiens, nous devons desservir une population, et on sentait que l'on répondait de moins en moins à ses besoins. Nos patients devaient parfois attendre un mois et demi avant de nous voir. Je pense que maintenant, nous sommes mieux outillés. »

Le D^r Lefrançois ne se fait pourtant pas d'illusions. Le GMF n'allégera pas sa pratique. La demande est trop grande. De plus, les problèmes de santé faciles seront réglés par l'infirmière. « Les places qu'on libère ainsi seront prises par des patients dont les problèmes sont complexes. Les cas vont donc devenir beaucoup plus lourds. »

Aux yeux de l'omnipraticien, les GMF constituent néanmoins une solution intéressante aux problèmes de la première ligne de soins. « Je pense qu'ils pourront permettre à la population d'avoir un meilleur accès aux services de santé. Est-ce qu'ils amélioreront la

qualité de vie du médecin ? Non. Est-ce qu'ils accroîtront la qualité des soins aux patients ? Oui, s'ils sont bien utilisés. Mal employés, ils ne produiront pas grand changement. Ils mettront simplement une étape de plus entre le patient et le médecin. » ☞

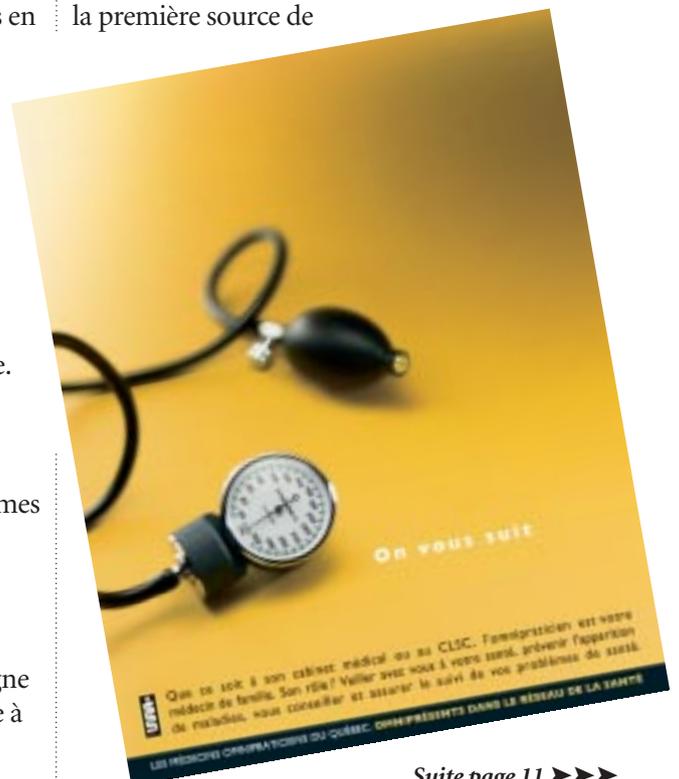
Campagne de sensibilisation

le rôle de l'omnipraticien

La campagne sur le rôle de l'omnipraticien qu'a préparée la FMOQ sera lancée au cours du mois de mars. Elle prendra la forme d'affiches que les médecins pourront installer dans leur salle d'attente et de fiches de conseils à remettre à leurs patients.

La première affiche indique aux patients « On vous écoute ». « Elle insiste sur le rôle du médecin omnipraticien, qui est souvent la première source de

3



Suite page 11 >>>

◀◀◀ Suite de la page 3

soins, que ce soit à l'urgence, au cabinet privé ou au CLSC », précise le **D^r Jean Rodrigue**, directeur des communications à la Fédération. La seconde affiche rappellera aux patients : « On vous suit ». Elle soulignera la fonction de l'omnipraticien en tant que médecin de famille et l'importance de la continuité des soins.

Le choix de la salle d'attente comme cadre de la campagne de sensibilisation n'a pas été fait au hasard. La majorité de la population y passe au cours d'une année. Et dans cet endroit, les gens sont généralement bien disposés à entendre parler des généralistes.

La campagne inclut également la distribution d'une série de fiches de conseils destinées aux patients. Les médecins pourront les photocopier pour les leur remettre. « Elles seront un peu comme des ordonnances médicales et traiteront de sujets comme le diabète, les maladies cardiaques, les problèmes de santé courants tels que les allergies au printemps, la grippe à l'automne, les coups de chaleur l'été. Elles prolongeront le contact du médecin avec son patient », indique le **D^r Rodrigue**. ☘

Entente entre les spécialistes et le gouvernement des gains importants

Rayonnant, le **D^r Yves Dugré**, président de la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ), a annoncé que l'Assemblée des délégués de son organisme avait accepté le renouvellement de l'entente générale conclue avec le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). « Cet accord est satisfaisant. Il s'agit d'un premier pas et d'un signal indiquant aux patients que les médecins spécialistes vont rester au Québec et que les conditions de pratique vont s'améliorer. »

Entouré de la **D^{re} Francine Mathieu-Millaire** et du **D^r Richard Leblond**, le président de la FMSQ a expliqué que les spécialistes avaient obtenu des gains notamment sur le plan du redressement de la rémunération, de l'amélioration des conditions de pratique et de la répartition des effectifs médicaux.

L'entente, d'une durée de deux ans, va du 1^{er} avril 2002 au 31 mars 2004. Elle ne prend cependant effet qu'à partir d'avril prochain, et ne comprend pas de mesures rétroactives. La hausse du budget atteindra presque 220 millions de dollars.

Le début d'un rattrapage salarial

Sur le plan financier, les spécialistes auront droit à une augmentation de 5 %, en plus de la majoration de 2 % accordée à tous les employés de l'État. Il s'agit d'un premier effort de rattrapage salarial de la part du ministère de la Santé et des Services sociaux.

« Le gouvernement reconnaît qu'il existe un écart de rémunération entre les spécialistes québécois et leurs confrères du reste du Canada », a indiqué le **D^r Dugré**. Le ministère a également accepté qu'un comité évalue d'ici au 31 octobre l'ampleur de la différence de rétribution. Le gouvernement s'est engagé à combler dans les quatre ans l'écart auquel conviendraient les deux parties. Les études initiales du ministère l'évaluent à 8 %, alors que la FMSQ le chiffre à 40 %.



Le **D^r Yves Dugré**.

La force collective des médecins

entretien avec le D^r Jacques Desroches,
président de l'Association des médecins omnipraticiens de Yamaska

Photo : Emmanuèle Garnier.



Le D^r Jacques Desroches.

LES OMNIPRATICIENS constituent l'un des piliers majeurs du système de soins. Ils doivent, par conséquent, avoir une place prépondérante au sein du réseau de la santé et pouvoir participer davantage aux décisions qui les concernent, estime le D^r Jacques Desroches, nouveau président de l'association de Yamaska.

M.Q. – En tant que nouveau président d'association, quels sont vos projets ?

J.D. – Tout d'abord, je veux augmenter la visibilité de l'association dans notre région et promouvoir l'activité syndicale auprès des médecins de notre territoire. L'association veut également assurer un soutien aux membres afin de les aider à s'adapter aux nombreux changements qui se dessinent au sein du système de santé québécois et de la pratique médicale.

M.Q. – À quels changements pensez-vous ?

J.D. – La création des groupes de médecins de famille (GMF) constitue un important changement. Il s'agit là du résultat d'une démarche amorcée de-

puis déjà quelques années pour réorganiser le travail des omnipraticiens. Plusieurs facteurs sont à l'origine de ce remaniement, dont la pénurie de médecins, l'accroissement de la demande de soins et l'évolution technologique. Bien des omnipraticiens, cependant, ne feront pas partie de ces GMF, et il faudra les soutenir dans l'exercice de leur profession.

M.Q. – Avez-vous d'autres objectifs en tant que président ?

J.D. – Absolument. Par exemple, il faut faire reconnaître le statut particulier des médecins et de la pratique médicale. L'expertise clinique des médecins est fondamentale. Ce sont eux qui décident des soins à prodiguer aux malades et, à ce titre, ils assument une responsabilité unique et entière envers les patients. Ce rôle primordial doit être reconnu par tout le réseau de la santé. Ainsi, la place qu'ils occupent doit être davantage reconnue et valorisée. En outre, les médecins doivent absolument participer à la prise de décisions sur les changements touchant leur pratique et leur environnement professionnel. Ils devront influencer les choix qui affecteront l'organisation du système de santé et être consultés pour faire en sorte que les sommes investies profiteront directement aux patients et à la pratique médicale.

M.Q. – Vous aimeriez que les médecins fassent davantage partie des sphères de décision ?

J.D. – Je désire que les omnipraticiens prennent collectivement conscience qu'ils doivent influencer les sphères décisionnelles, que ce soit sur le plan local, régional, ou même provincial. Il ne faut pas oublier que d'autres groupes tentent de peser sur les déci-

sions qui sont prises, et que ces dernières ont souvent des répercussions sur les médecins. Certains investissements, par exemple, ne sont pas faits à bon escient et n'améliorent pas la pratique médicale et les soins aux patients. La participation des médecins au processus décisionnel est d'autant plus nécessaire que nous serons aux prises avec une pénurie d'effectifs au cours des 10 prochaines années. Les médecins doivent donc s'imposer pour améliorer leurs conditions de pratique.

Beaucoup de médecins sont déjà très engagés, que ce soit sur le plan syndical ou administratif. Je pense qu'il faut encourager cette attitude pour que ceux qui depuis quelques années se sentent démotivés par la détérioration de leur environnement professionnel se retroussent les manches et se manifestent davantage. Il faut faire sentir notre présence de manière plus prépondérante dans le système de santé.

L'unité des omnipraticiens va par ailleurs devenir particulièrement importante. Au cours des prochaines années, les tensions qui s'exerceront sur le système de santé et la profession médicale rendront cruciale la nécessité d'une unité de pensée en médecine générale. Elle sera déterminante pour assurer la reconnaissance, à sa juste valeur, de notre rôle primordial au sein du système de santé québécois.

M.Q. – Qu'est-ce qui pourrait être fait pour remédier à l'environnement professionnel qui se dégrade ?

J.D. – Tous les médecins sont témoins de gaspillage dans le système de santé. Que ce soit au cabinet, dans les hôpitaux ou les CLSC, les médecins se heurtent quotidiennement à

des mesures inefficaces, à des pertes de temps, à des structures complètement inutiles. Je pense qu'il faut dénoncer ces situations-là.

La bureaucratie lourde et envahissante constitue un autre problème de taille. Régulièrement, le médecin doit faire des démarches afin d'obtenir des soins pour ses patients. Chaque jour, il doit négocier pour obtenir des services pour sa clientèle, ce qui devient très épuisant et démotivant. En 2003, il n'est pas normal qu'un patient doive attendre de trois à six mois avant de subir un examen, que ce soit pour une échographie ou une tomographie axiale. La technologie existe et doit être disponible. De même, il est souvent difficile pour le patient d'accéder à des soins plus élémentaires comme l'aide à domicile. J'estime que les médecins doivent cibler ces situations et exiger des solutions efficaces pour améliorer la prestation des soins.

M.Q. – Les médecins ne doivent donc plus subir passivement les faiblesses du système ?

J.D. – Absolument, les omnipraticiens ne doivent plus avoir à combler constamment les déficiences du système de santé et sa mauvaise gestion. Que ce soit dans un cabinet privé, dans les hôpitaux ou dans les CLSC, ils doivent être des décideurs au chapitre des soins de santé.

M.Q. – La pratique de la médecine dans un cabinet privé est l'un des dossiers qui vous tiennent particulièrement à cœur. Quels changements pourraient être apportés pour la rendre moins lourde ?

J.D. – Puisqu'il y aura peu de nouveaux médecins pour prêter main-forte aux omnipraticiens œuvrant

dans un cabinet privé, ces derniers devraient avoir le droit de déléguer à d'autres professionnels de la santé certains actes qui demeureraient sous leur responsabilité. Les dentistes sont assistés par les hygiénistes dentaires, les pharmaciens ont des assistants techniques, tout comme les physiothérapeutes. Depuis plusieurs années, notre association discute d'un tel concept. Il y a certainement une façon de concevoir une organisation du travail qui permettrait aux médecins de s'adjoindre des aides professionnels et d'être rémunérés pour ces actes dispensés sous leur responsabilité. Il y a déjà des groupes de médecins qui engagent des infirmières pour les aider. Le suivi de plaies, de la tension artérielle, de la glycémie, l'enseignement, les recommandations médicales en matière de tabagisme, d'obésité, ne sont que quelques exemples de tâches qui pourraient s'effectuer sous supervision médicale. Ce mode de fonctionnement permettrait au médecin d'optimiser son rendement quotidien et probablement d'assurer des services à un plus grand nombre de patients.

M.Q. – Cela ressemble à la formule des GMF.

J.D. – Les GMF en sont à leurs débuts et évolueront dans les prochaines années. Ce ne sera probablement pas le seul modèle à privilégier. D'autres formes d'organisation feront leur apparition dans le processus d'amélioration de la prestation des soins. N'oublions pas que beaucoup de cabinets privés ne comptent que quelques médecins, souvent en milieu rural ou éloigné des grands centres.

M.Q. – Les négociations pour une nouvelle entente vont probable-

ment commencer dans les prochains mois. Quelles sont les questions importantes qui devraient être abordées ?

J.D. – Plusieurs médecins me demandent où en est le dossier du régime complémentaire de retraite. Actuellement, le REER n'est pas suffisant pour assurer au médecin une retraite à la hauteur de son revenu. Le régime complémentaire de retraite est donc un enjeu important pour les omnipraticiens.

Par ailleurs, la reconnaissance de la prise en charge des patients et de la lourdeur de la pratique dans un cabinet privé a été un gain très important, et je crois qu'il faut continuer dans cette voie. Onze problèmes de santé complexes ont été retenus pour le protocole de prise en charge et de suivi des patients vulnérables. Mais ce nombre devra être augmenté.

Je pense également que le congé de maternité pour les médecins qui travaillent dans les cabinets privés devra être ajusté. Les cliniques privées ont besoin de recruter de nouveaux médecins, et la féminisation des effectifs médicaux nécessitera des mesures semblables.

Évidemment, les médecins nous demandent toujours ce qu'on peut faire pour réduire les délais d'attente des examens et pour améliorer l'accès aux soins. Bien sûr, la rémunération demeure une question importante pour tous les omnipraticiens, mais l'évolution de l'environnement professionnel les inquiète grandement. La FMOQ devra aussi se soucier de la façon dont les changements seront apportés dans le système de santé afin de rendre plus acceptable le travail médical. ☘

◀◀◀ Suite de la page 11

Comme promis, la rémunération progressive qui était imposée pendant les trois premières années de pratique aux jeunes spécialistes travaillant entre autres dans les grandes villes disparaîtra. Mais pour encourager les nouveaux médecins à s'établir dans les régions, des incitatifs financiers seront offerts à ceux qui s'y installeront en fonction des plans régionaux d'effectifs médicaux. Des sommes sont également prévues pour que des ententes puissent être conclues entre des hôpitaux universitaires et les établissements de soins de certaines régions pour assurer la continuité des services dans plusieurs spécialités.

En ce qui concerne les conditions d'exercice des spécialistes, l'entente contient une nouvelle mesure. Un comité, composé entre autres de représentants du MSSS et de la FMSQ, cernera les problèmes liés aux conditions de pratique et à l'organisation du travail, puis fera des recommandations. « Il s'agit d'un pas vraiment important permettant aux médecins spécialistes de travailler à l'amélioration des conditions de traitement des patients. Cela dépasse largement le cadre des ententes habituelles entre la FMSQ et le gouvernement. » ❧

14

Le D^r William Barakett reçoit l'Ordre du Canada

par Francine Fiore

« Quand j'ai décidé d'immigrer au Canada, en 1952, j'ai fait un excellent choix. Ma rencontre avec le D^r William Barakett en est la confirmation. » Ému par le dévouement du médecin qui a traité son épouse, un cultivateur allemand faisait cette confiance dans une lettre recommandant l'omnipraticien à l'Ordre du Canada, il y a environ trois ans. Pour lui et ses cinq filles, cette démarche était une façon de le remercier et de lui rendre hommage.

Décédée des suites d'un cancer gastrique à l'âge de 82 ans, la conjointe du cultivateur a vécu sa maladie et ses derniers moments bien entourée de sa famille et de son médecin. Pendant deux ans, le D^r Barakett a suivi sa patiente, tissant des liens étroits avec elle et ses proches. Ses visites à domicile, l'organisation des soins palliatifs dont elle avait besoin, et surtout, sa présence ont aidé la

famille à mieux vivre cette période extrêmement douloureuse.

C'est donc pour son humanisme, sa compassion et son grand engagement social que le D^r Barakett reçoit cette année l'Ordre du Canada. Cette reconnaissance lui est accordée en tant que « médecin de famille ayant dépassé son devoir », peut-on lire dans le site Internet de l'Ordre. Mais pour le D^r Barakett, le bien-être d'autrui va au-delà de son devoir de médecin. Chez lui, il s'agit d'une inclination innée, d'un état de vie.

Cette distinction souligne également la participation de l'omnipraticien à d'importantes collectes de fonds qui ont rapporté plusieurs millions de dollars à la Fondation de l'Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins, où il exerce, ainsi qu'à la Fondation Butters pour les handicapés intellectuels qu'il préside.

Médecin de famille, le D^r Barakett assure également le traitement et le suivi de patients toxicomanes et occupe le poste de directeur médical au pénitencier de Cowansville. Très actif au sein de la FMOQ, le D^r Barakett fut membre du Bureau pendant une quinzaine d'années. Ayant été président de l'Association des médecins omnipraticiens de la région de Yamaska pendant 19 ans, il en est maintenant le vice-président.

Heureux de recevoir l'Ordre du Canada, le D^r Barakett indique néanmoins que le moment le plus touchant de cette expérience fut celui où il reçut la lettre du mari de sa patiente. Une missive au contenu émouvant et personnel qu'il préfère garder secrète. ❧



Photo : Emmanuèle Garnier.

Le D^r William Barakett.

Hausse des cotisations

Au cours de sa dernière réunion, le Conseil de la Fédération a résolu d'augmenter de 20 \$ la cotisation syndicale, qui passe ainsi de 830 \$ à 850 \$. À cela s'ajoute une cotisation de 25 \$ pour le Programme d'aide aux médecins du Québec et une somme non récurrente de 200 \$ pour le fonds de contestation. Le prélèvement total sera ainsi de 1075 \$ pour l'année 2002-2003. ❧