

Négociations entre les spécialistes et le gouvernement

l'heure des bilans

L'HEURE EST MAINTENANT aux bilans. L'affrontement entre le gouvernement et les spécialistes est terminé depuis plus d'un mois. Une crise où se sont succédé loi spéciale, moyens de pression radicaux, manifestations étudiantes et ordonnances du Conseil des services essentiels.

« Lorsqu'on tire la ligne sur l'exercice, je pense que notre démarche a été un succès, estime le **D^r Gaétan Barrette**, président de la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ). On a obtenu la reconnaissance des écarts qui doivent être comblés entre les revenus des médecins spécialistes québécois et ceux de nos collègues du reste du Canada. Et surtout, nous avons réussi à obtenir la mise en place de processus – la médiation et en particulier l'arbitrage – qui garantissent un résultat, même s'ils comportent un risque. »

La FMSQ a également obtenu le retrait de la Loi 37 qui imposait unilatéralement les conditions de rémunération des médecins spécialistes. Une victoire importante pour le D^r Barrette. « Nous n'aurions pas signé d'entente sans l'abolition de cette loi. »

La nouvelle Entente générale

La loi spéciale a été remplacée par la nouvelle entente de principe signée avant Noël par la FMSQ et le gouvernement. Cet Accord général, qui s'étend jusqu'en 2010, prévoit une augmentation des tarifs de 8 % et une hausse de 7,4 %



D^r Gaétan Barrette

Photo: Marcel La Haye © 2006

au cours de cette période pour des mesures ciblées :

- ⊗ 60 millions de dollars pour la garde en disponibilité ;
- ⊗ 65 millions pour l'enseignement ;
- ⊗ 19,5 millions pour diverses autres mesures.

Cette entente comporte, par rapport à l'offre gouvernementale de la fin novembre 2006, un ajout de 25 millions pour l'enseignement. Le ministère de la Santé et des Services sociaux affirmait que ses dernières propositions

accroissaient le revenu moyen des spécialistes de 26,3 % de 2006 à 2010. L'entente signée l'augmente de 27,5 % (tableau).

« Une négociation, c'est toujours une question de concessions. Le compromis acceptable pour nous a été de consentir au cadre financier de l'État et à l'étalement du redressement de la rémunération jusqu'en 2016. La concession du gouvernement a été de retirer la loi spéciale et de nous accorder l'arbitrage. Cette mesure va permettre de déterminer le montant de sommes qui devraient être substantielles », explique le D^r Barrette.

Les diverses augmentations de 2007 à 2010

Actualisation des tarifs :	8,0 %
Mesures ciblées :	7,4 %
Redressement :	10,0 %
Total :	25,4 %*

* Total composé : 27,5 %

Les spécialistes auront par ailleurs droit à une hausse de 10 % en guise d'avance sur le redressement. Ils bénéficieront d'une bonification de 5 % en 2008-2009 et d'une autre de 5 % en 2009-2010. Le reste du rattrapage, qui sera étalé de façon uniforme de 2010 à 2016, sera fixé par la médiation ou, si elle échoue, par l'arbitrage.

Mais l'arbitrage ne comporte-t-il pas des risques ? Si la décision déplaît au gouvernement, ce dernier peut l'annuler par une loi. Mais si elle est défavorable aux spécialistes ? Le D^r Barrette ne craint pas cette éventualité. « L'arbitre va travailler sur la base d'éléments objectifs, dont l'étude qui a été faite pour comparer nos tarifs à ceux des autres provinces. » Ces travaux, réalisés par la FMSQ, évaluaient l'écart entre les revenus des spécialistes québécois et canadiens à 44 %. Mais le gouvernement a mené parallèlement sa propre étude qui ne le chiffrait qu'à environ 10 %. « L'experte indépendante a affirmé dans son rapport que l'approche gouvernementale est tout à fait discutable. Selon elle, la méthodologie employée par le gouvernement est indéfendable. L'experte nous a, à toutes fins utiles, donné raison puisqu'elle n'a pas critiqué notre méthodologie. »

La ligne dure

Les négociations entre les spécialistes et le gouvernement ont été longues, après et acrimonieuses. Les deux parties n'ont reculé devant aucun moyen pour parvenir à leurs fins. Dans la population, plusieurs groupes ont eu le sentiment de faire les frais de la dispute.

« Dans une société, à partir du moment où un groupe fait des moyens de pression, inévitablement cela a des répercussions sur d'autres, reconnaît le président de la FMSQ. Mais je dirais que globalement les gens ont compris notre position et sont d'accord avec nous. Malheureusement, on vit dans une société où les choses ne se règlent jamais par la raison, mais par des rapports de force. Moi, je suis le premier à vouloir régler les choses de manière raisonnable et raisonnée. Cependant, ce n'est pas de cette façon que ça se passe. »

Les étudiants en médecine, en particulier, étaient désespérés devant la possibilité de perdre

leur année. « C'est évident qu'ils ont été bousculés par l'exercice, mais eux aussi ont bien compris qu'ils allaient en tirer profit. La situation dans laquelle ils se trouvent est très différente de celle qui existe habituellement. En général, le groupe bousculé ne gagne pas d'avantages à la fin de l'exercice, alors qu'eux vont en tirer des bénéfices substantiels à long terme. »

Un tel conflit fait toujours réfléchir. Quelles leçons faut-il en tirer ? « Le corps médical doit toujours mettre de l'avant ses droits, particulièrement en ce qui a trait à la rémunération. À partir de maintenant et pour les années à venir, la façon d'approcher cette problématique doit être beaucoup plus ferme », estime le D^r Barrette, qui se représentera à la présidence de la FMSQ le 29 mars prochain. ☞

Redressement et enseignement les différents gains des omnipraticiens

Qu'en est-il de la situation des médecins omnipraticiens qui, contrairement aux spécialistes, ont signé une entente générale avec le gouvernement dès juin dernier ? Quels sont leurs gains par rapport à ceux des spécialistes ?

Le dossier du redressement du revenu des généralistes québécois par rapport à ceux des omnipraticiens du reste du Canada avance. Les travaux du médiateur, M^e Pierre Michaud, qui ont débuté en novembre dernier, progressent bien. « Je pense qu'il va avoir



D^r Renald Dutil

Photo : Emmanuelle Garnier

terminé au printemps », précise même le **D^r Renald Dutil**, président de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ).

Les omnipraticiens obtiendront-ils une avance de 10 % sur le redressement salarial, comme auront les spécialistes entre 2008 et 2010 ? Le ministère de la Santé et des Services sociaux a déjà confirmé dans un communiqué de presse que les omnipraticiens seront traités avec équité et qu'une proposition analogue leur sera faite. Le D^r Dutil attend l'offre officielle. Mais, pour lui, cette majoration de 10 % est acquise. « Au mois de juin, quand le ministre de la Santé et des Services sociaux m'a offert le recours à la médiation, il m'a dit qu'il y aurait de l'argent pour le redressement. Le gouvernement a déjà reconnu un écart de 10 %, mais la FMOQ l'estime à 35 %. »

La rémunération de l'enseignement universitaire

Sur le plan de la rémunération de l'enseignement, la situation des généralistes est différente de celle des spécialistes. Depuis 1996, les omnipraticiens bénéficient d'une entente particulière pour rémunérer les médecins enseignants des unités de médecine familiales (UMF). Le quart de la banque d'heures prévue dans cet accord est destiné à rétribuer la supervision et certaines « activités académiques » dans l'unité.

La dernière Entente générale a également accordé certains avantages aux omnipraticiens enseignants. Ainsi, la pratique de groupe est maintenant permise dans les UMF. Un médecin membre du groupe peut dorénavant facturer un supplément lors de la supervision des visites de patients vulnérables aux résidents. « Nous devons cependant aller plus loin parce que nous avons de la difficulté à recruter et à retenir les médecins enseignants », estime le D^r Dutil.

La FMOQ a d'ailleurs rencontré les chefs des départements universitaires de médecine familiale pour trouver des solutions. Ces derniers ont proposé une idée intéressante. « Il s'agit d'élargir à l'ensemble de la province le forfait mensuel de quelque 1200 dollars pour chaque résident, qu'on accorde déjà dans les régions

éloignées ou intermédiaires. Si cette formule pouvait être appliquée dans toutes les UMF et les départements universitaires de médecine familiale, je pense que cela constituerait un gain important pour les médecins enseignants. »

Comment sera financée cette mesure ? « La Fédération va exiger un budget supplémentaire, tout comme le Ministère en a accordé un à la FMSQ pour les médecins spécialistes qui adhèrent à un plan de pratique », indique le président.

Appui aux spécialistes

Qu'en est-il des relations entre généralistes et spécialistes au lendemain de l'affrontement avec le gouvernement ? Les omnipraticiens ont toujours soutenu leurs confrères spécialistes, affirme le D^r Dutil. « Les spécialistes ont mené une très belle lutte pour abolir la Loi 37. Je pense que cette loi a été une grave erreur politique du gouvernement Charest et nos collègues étaient tout à fait justifiés d'en exiger l'abolition. Tout comme ils l'étaient d'exiger un rattrapage de leur rémunération par rapport à celle des spécialistes du reste du Canada. Et là-dessus la FMOQ les a toujours appuyés sans réserve. »

Au début de décembre, la Fédération a toutefois demandé à la FMSQ, dans une lettre ouverte, de mettre fin au boycottage de l'enseignement aux étudiants en médecine. « Nous avons des réserves sur ce moyen de pression qui, poussé à sa limite, risquait de retarder de façon importante l'arrivée d'une cohorte de médecins. Or, la Fédération est très préoccupée par les pénuries de médecins de famille. Nous nous devions, à un moment donné, d'exprimer nos réticences, ce que nous avons fait sans remettre en cause les demandes légitimes des médecins spécialistes », indique le D^r Dutil.

Le président de la FMOQ craint, par ailleurs, que la crise entre les spécialistes et l'État ait ouvert la porte à l'utilisation de nouveaux leviers contre les médecins. « J'aurais souhaité que l'on évite une ordonnance du Conseil des services essentiels. Cela constitue un précédent qui peut éventuellement être utilisé tant contre les spécialistes que contre les omnipraticiens. »

(Suite à la page 15) >>>

Départ du D^r Jean Rodrigue

« Un homme de vision et de réalisation »

L'année 2007 marque la fin d'un cycle de 10 ans pour le **D^r Jean Rodrigue**, directeur de la Régionalisation, de la Planification et des Communications. Entré à la FMOQ en 1996, le D^r Rodrigue quitte maintenant son poste pour pouvoir explorer de nouveaux horizons. « Je me sens prêt à essayer autre chose dans l'organisation des services de médecine générale. Il est temps que d'autres prennent la relève. Je pense que ce que je pouvais apporter à la Fédération, je le lui ai apporté. »

En 1996, le défi qui se présentait alors au D^r Rodrigue était séduisant. Se joindre à une nouvelle équipe, dirigée par un nouveau président, le **D^r Renald Dutil**, encadrée par

un nouveau Bureau. Des idées novatrices bouillonnaient dans les cerveaux. Le concept des départements régionaux de médecine générale (DRMG) était déjà en gestation. « Dans la vie, il y a des occasions qu'il faut savoir saisir. Ce n'est pas souvent dans une carrière et dans l'histoire d'un syndicat qu'il y a un tel moment de renouveau. »

Mais le D^r Rodrigue n'était pas un novice dans le monde syndical. Il était l'un des fondateurs de l'Association des médecins de CLSC du Québec (AMCLSCQ) qu'il avait présidé pendant plusieurs années. Il avait aussi siégé au Bureau de la FMOQ.

Le D^r Rodrigue avait d'ailleurs fait partie du premier groupe de médecins à pratiquer dans le premier CLSC du Québec, à Lac-Etchemins. « Je vois, jusqu'à un certain point, un fil conducteur entre l'expérience passée du D^r Rodrigue et l'idée du développement des services de première ligne tels qu'on les connaît maintenant avec les groupes de médecine de famille (GMF), la pratique de groupe, l'interdisciplinarité. Il croit au travail d'équipe, à la collaboration avec les autres professionnels de la santé et à l'importance de répondre aux besoins de la population », explique le **D^r Sylvain Dion**, président de l'AMCLSCQ.

Régionalisation

Dès les premières années de son mandat à la FMOQ, le nouveau directeur de la Régionalisation et de la Planification plonge dans la



D^r Jean Rodrigue

grande aventure des DRMG. « Le D^r Rodrigue est un homme de vision, mais aussi de réalisation, précise le D^r Dutil. Il a été l'un des maîtres d'œuvre de la mise sur pied des départements régionaux. Le concept était déjà établi quand il est arrivé à la Fédération, mais il fallait le développer et le réaliser. » L'enjeu pour les généralistes était crucial. « On voulait que les médecins omnipraticiens soient à même d'exercer une influence sur le plan régional. On pressentait que de plus en plus de décisions seraient prises à cette échelle pour organiser les services médicaux. Donc, si l'on voulait que les omnipraticiens puissent avoir une certaine influence, il fallait se doter d'une structure à

l'intérieur même des régies régionales de santé et de services sociaux, qui sont ensuite devenues les agences de santé et de services sociaux », explique le D^r Rodrigue.

Créés au début des années 2000 après d'intenses efforts, les DRMG sont maintenant des structures incontournables dans l'organisation régionale des services médicaux. Ils sont de toutes les décisions : plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM), activités médicales particulières (AMP), application de certaines ententes particulières, etc. « Le DRMG a permis aux médecins d'exercer un pouvoir sur l'organisation des services qui a été inégalé jusqu'à maintenant », estime le directeur de la Régionalisation. Et les DRMG non seulement influencent les agences de santé et de services sociaux, puisqu'ils en font partie, mais ils se chargent aussi de mettre en application les décisions prises avec toute la latitude dont ils disposent.

Mais est-ce bien le rôle d'un syndicat que de créer de telles structures ? La question a été débattue. « La FMOQ a choisi d'être un syndicat professionnel dont le rôle est de défendre ses membres, mais aussi de s'assurer qu'ils soient en mesure d'influer sur les décisions qui les concernent. Nous considérons que le médecin n'a pas seulement un rôle de prestataire de soins, mais en a aussi un dans l'organisation des services », estime le directeur.

Le D^r Rodrigue a également participé à la création des groupes de médecine de famille (GMF). L'idée initiale a été présentée par

la FMOQ à la commission Clair en 2000. « Le D^r Rodrigue a été l'un de ceux qui ont très largement contribué à la rédaction du mémoire que nous avons soumis. Il a ensuite participé à la mise sur pied des GMF », précise le D^r Dutil.

Planification

Dans le domaine de la Planification, le D^r Rodrigue et sa collaboratrice, **M^{me} Isabelle Savard**, conseillère en politiques de santé, ont mené plusieurs travaux de recherche. Ils se sont servis des données de facturation de la Régie de l'assurance maladie du Québec pour mieux comprendre la pratique des omnipraticiens. Ils ont ainsi pu tracer le profil des premières années de carrière des jeunes médecins, établir les caractéristiques des médecins exerçant dans différents milieux médicaux, recueillir des données sur la pratique de la médecine à l'urgence et dans les hôpitaux. Depuis 2000, ils dressaient chaque année un portrait des activités et des effectifs en médecine générale dans les différentes régions du Québec.

Ces recherches ont été très précieuses. « Elles ont augmenté énormément la crédibilité de la FMOQ, souligne le D^r Dutil. Elles nous ont permis de nous appuyer sur des données probantes et non pas sur des perceptions. Nous avons ainsi pu défendre des dossiers, entre autres auprès du gouvernement, en nous appuyant sur des chiffres. Ces données nous permettaient, en outre, de suivre la situation des médecins omnipraticiens. »

L'équipe du D^r Rodrigue s'est aussi penchée, avec le comité de la Planification et de la Régionalisation du Conseil de la FMOQ, sur de nombreux sujets : la situation des femmes médecins, celle des jeunes omnipraticiens, le DRMG, etc. « Je pense que ce comité a permis d'approfondir les réflexions sur différentes questions qui concernaient les omnipraticiens », soutient le D^r Rodrigue.

Communications

Le D^r Rodrigue s'occupait également des communications de la FMOQ. Un domaine clé. L'expérience lui a enseigné que les batailles et les négociations ne se gagnaient pas simplement sur le terrain des communications. Cependant, il ne fallait pas sous-estimer leur pouvoir. « Ce qui est garant du succès, c'est la justesse des revendications. On se rend toutefois compte que, dans un conflit, si l'on réussit à bien positionner les demandes des médecins, on acquiert un poids dans les médias qui peut avoir une influence sur l'issue des négociations », révèle le D^r Rodrigue. Il a été secondé dans sa tâche par une équipe composée d'une conseillère en communications, d'un

consultant de la firme BCP et d'une secrétaire de direction.

La mission première du Service des communications est simple : transmettre les messages politiques de la FMOQ et s'assurer que ses revendications sont bien comprises et acceptées dans les médias. Mais l'équipe du D^r Rodrigue a fait plus. « Nous avons aussi travaillé à l'image du médecin de famille et de la Fédération afin de dépasser cette perception qu'une fédération syndicale n'est là que pour des revendications liées aux négociations. » La FMOQ a ainsi soutenu plusieurs causes sociétales : la lutte contre la pollution atmosphérique, l'alimentation des femmes enceintes et l'aide aux joueurs pathologiques. La Fédération a aussi commencé à rendre hommage à certains médecins de famille pour leur contribution exceptionnelle et à créer des prix.

Des périodes intenses et excitantes

« Je suis très fier de ce qu'on a fait pendant ces 10 ans. Mais je suis aussi bien conscient que ces réalisations-là sont le fruit d'une collaboration avec de nombreuses personnes », tient à souligner le D^r Rodrigue. Il a connu à la Fédération des périodes excitantes où il a été plongé dans le feu de l'action. Le rassemblement des omnipraticiens sur la colline parlementaire pour contester la Loi 114. Les séances d'information au Palais des congrès en juin dernier. Mais il y a aussi eu des périodes très riches de réflexion profonde. Les séances de travail sur les effectifs médicaux, les travaux de recherche sur la pratique des généralistes. Et puis il y a eu ces instants émouvants, où la FMOQ rendait hommage à un collègue omnipraticien.

« Ce dont je suis le plus fier, c'est le fait que comme syndicat nous avons été transparents, démocratiques et rigoureux. » Une démarche réfléchie précédait chaque nouveau changement : PREM, AMP, DRMG, GMF. « Généralement, il y avait un moment de réflexion important pour constituer le dossier. » Puis, il fallait informer les médecins de ce que serait la nouvelle mesure ou la nouvelle structure et, éventuellement, offrir une formation pour les utiliser efficacement. Une fois l'implantation faite, la FMOQ évaluait les résultats. Une étape nouvelle, mais essentielle. « Nous avons fait des travaux pour connaître la manière dont se déroulait la mise sur pied des DRMG et des GMF et analysé les profils de pratique des omnipraticiens après la mise en place des PREM et des AMP. »

Le D^r Dutil a apprécié travailler avec ce collaborateur consciencieux et efficace. « Le D^r Rodrigue aura contribué à donner un souffle nouveau à la Fédération, au sein de sa direction. C'est quelqu'un qui laissera sa marque. Il a eu un apport très précieux pour repositionner la médecine familiale et le médecin de famille. »

La fermeture du Centre hospitalier de Lachine une mauvaise idée !

Francine Fiore



Dr Paul Saba

Dans un ultime effort pour sauver leur établissement de la fermeture, les médecins de l'hôpital de Lachine ont fait appel à un expert américain pour jeter un nouvel éclairage sur la situation.

M. Alan Sager, directeur du programme Health Reform,

Health Policy and Management de l'Université de Boston, estime, en s'appuyant sur ses travaux de recherche portant sur 1200 hôpitaux situés dans 52 villes américaines, au cours d'une période de 70 ans (1936-2006), qu'il n'y a pas de raison de fermer cet hôpital communautaire.

« Pendant trente ans, aux États-Unis, on a pensé économiser en fermant des lits. Mais il a été prouvé qu'un taux élevé de lits d'hôpitaux n'est nullement associé à des coûts plus importants ni pour l'hôpital, ni pour le système de santé », a précisé M. Sager.

Les gros avalent les petits

Fondées sur des raisons budgétaires et politiques, les fermetures des petits hôpitaux communautaires profiteraient d'abord aux grands hôpitaux universitaires. Par exemple, dans la ville de Détroit, seulement huit hôpitaux sur 61 sont demeurés ouverts pour desservir une population d'un million de personnes.

Sur ces huit, six sont des hôpitaux universitaires. Ce type de rationalisation ne va pas sans répercussion.

« À la suite des multiples fermetures d'hôpitaux survenues dans les grandes villes américaines, les trois quarts des soins sont maintenant donnés dans les grands hôpitaux universitaires, ce qui est plus coûteux, précise M. Sager. Si l'on ferme l'hôpital de Lachine, les patients capables de se déplacer pour accéder aux soins iront dans les centres universitaires, alors que les plus vulnérables, soit les plus âgés et les plus pauvres, souffriront. Dans certains cas, ils pourront éventuellement mourir faute de moyens de se rendre au centre-ville. »

Selon M. Sager, les hôpitaux ne sont pas des pièces interchangeables dans les systèmes de soins de santé. À son avis, il serait nécessaire d'établir un processus afin de déterminer, pour chaque partie d'une ville, le nombre et le type d'hôpitaux, de salles d'urgence et de lits permettant d'atteindre un équilibre dans l'accessibilité aux soins et dans les coûts. »

Par ailleurs, l'efficacité ne semble avoir aucune valeur dans la survie d'un hôpital. « C'est comme si les survivants du naufrage se retrouvaient dans une chaloupe de sauvetage et n'avaient pas assez de nourriture et d'eau pour tous. Les plus forts tenteraient de jeter les plus faibles par-dessus bord. C'est la même chose dans le cas des hôpitaux qui ont besoin d'argent. Les grands profitent de la fermeture des petits. »

Une mégaclinique

« On veut transformer l'hôpital de Lachine en une mégaclinique », a dénoncé, pour sa part, le **Dr Paul Saba**, médecin de famille et président de la Table sectorielle sur le Centre hospitalier de Lachine. La situation est paradoxale à ses yeux. Les autres urgences de Montréal débordent, mais celle de Lachine ne peut plus recevoir d'ambulances depuis juillet dernier. « Il n'y avait aucune raison valable de fermer l'urgence aux ambulances. Nous avons des argentologues hautement qualifiés et

en mesure de traiter les patients les plus malades. »


Le service des soins intensifs, lui, est demeuré ouvert malgré des velléités de fermeture. « Nos médecins qui travaillent à l'urgence insistent sur la nécessité d'avoir des lits de soins intensifs pour continuer de pratiquer à Lachine, dit le D^r Saba. Par ailleurs, il y a une pénurie de lits de soins intensifs à Montréal. La fermeture de l'hôpital de Lachine augmenterait également le manque de lits d'hospitalisation, ce qui contribuerait à l'encombrement des urgences et à clouer les patients sur une civière en attente d'un lit. »

Le D^r Saba précise que le Centre hospitalier de Lachine est un hôpital communautaire à l'égard duquel les citoyens ont un sentiment d'appartenance. « Depuis la fermeture de l'urgence aux ambulances, des patients souffrant d'un infarctus arrivent à pied ou en taxi, car ils ne veulent pas appeler Urgence Santé de peur de se retrouver ailleurs. Aux États-Unis, il a été démontré que lorsqu'on ferme un hôpital communautaire, environ 30 % des patients qui le fréquentaient ne reçoivent plus de soins,

car ils refusent d'aller dans un autre centre. »

Selon le médecin, de 90 % à 95 % des soins peuvent être assurés dans un hôpital communautaire comme celui de Lachine.

« Le bloc opératoire, les soins intensifs et l'urgence ont été complètement rénovés », rappelle-t-il.

Les médecins de l'hôpital de Lachine ont reçu le soutien de plusieurs organismes, dont la FMOQ. « À la suite de décisions politiques les plus souvent fondées sur des critères économiques, la région de Montréal-Centre (03) a subi la fermeture de plusieurs de ses hôpitaux communautaires ces dix dernières années, écrit le **D^r Renald Dutil**, président de la FMOQ dans sa lettre d'appui. Ces fermetures ne sont pas accompagnées d'amélioration des soins généraux nécessitant des ressources hospitalières, bien au contraire. Le changement de la mission de l'hôpital de Lachine, seul hôpital francophone de l'ouest de l'île de Montréal, se traduira, nous le craignons, par une réduction de l'accessibilité à des soins communautaires. » 

Le nouveau Bureau de la FMOQ



Photo : Emmanuèle Garnier

*D^r Claude Saucier, D^r Michel Lafrenière, D^r Marc-André Asselin, D^r Renald Dutil,
D^r Marcel Guilbault, D^r Yves Langlois, D^r Louis Godin, D^{re} Josée Bouchard et D^r Sylvain Dion.*