



**Ministère de la Santé
et des Services sociaux**

Rapport du Groupe de travail sur les coopératives de santé

13-720-01W

Le présent rapport ne lie pas le ministère de la Santé et des Services sociaux et ne constitue pas ses orientations. Il représente l'opinion des membres du Groupe de travail sur les coopératives de santé. Son contenu n'engage que ses auteurs.

ÉDITION

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent document a été publié en quantité limitée et n'est maintenant disponible qu'en version électronique à l'adresse : www.msss.gouv.qc.ca section **Documentation**, rubrique **Publications**.

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2013

Bibliothèque et Archives Canada, 2013

ISBN : 978-2-550-68274-5 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

Rapport du Groupe de travail sur les coopératives de santé

Présenté au docteur Réjean Hébert
Ministre de la Santé et des Services sociaux
Ministre responsable des Aînés

Juillet 2013

TABLE DES MATIÈRES

| | | |
|------|--|----|
| 1. | Le mandat | 1 |
| 2. | La démarche du groupe de travail | 1 |
| 3. | Portrait sommaire du modèle coopératif au Québec | 3 |
| 4. | Les résultats de la consultation | 4 |
| 4.1. | La pratique médicale en mutation profonde..... | 4 |
| 4.2. | Les avantages du modèle coopératif pour le médecin | 5 |
| 4.3. | Les appuis au modèle coopératif | 6 |
| 4.4. | Les réserves par rapport au modèle coopératif | 7 |
| 5. | Les enjeux liés à l'implantation du modèle coopératif | 8 |
| 5.1. | Un enjeu lié à l'accessibilité | 8 |
| 5.2. | Un enjeu lié à la répartition géographique du corps médical..... | 10 |
| 5.3. | Un enjeu lié à la rémunération du médecin | 11 |
| 6. | Les orientations proposées et les recommandations | 12 |
| 6.1. | Assurer le respect des principes d'accessibilité prévus à la Loi sur l'assurance maladie pour tous les modèles d'affaires | 12 |
| 6.2. | La révision des mécanismes de répartition géographique des médecins | 13 |
| 6.3. | Une réflexion sur les modes de financement de la pratique médicale hors établissement | 14 |
| 6.4. | Appuyer les efforts d'accompagnement des coopératives de santé de la FCSDSQ | 15 |
| 6.5. | Arrimage avec le réseau | 16 |
| 6.6. | Arrimage avec les instances gouvernementales | 17 |
| | Conclusion | 17 |
| | Annexe 1 – Communiqué du ministre Réjean Hébert..... | 19 |
| | Annexe 2 – Liste des membres du groupe de travail | 21 |
| | Annexe 3 – Guide de discussion | 23 |
| | Annexe 4 – Liste des personnes et des organisations présentes aux journées de consultation...25 | |
| | Annexe 5 – Liste des groupes ayant soumis un document et documents soumis | 27 |
| | Annexe 6 – Liste des rencontres et séances de travail avec des représentants divers | 29 |

1. Le mandat

Le 14 novembre 2012, le ministre de la Santé et des Services sociaux et ministre responsable des Aînés, le docteur Réjean Hébert, annonçait par communiqué¹ la formation d'un groupe de travail sur les coopératives de santé auquel il confiait le mandat d'examiner le modèle des coopératives de santé actuellement implanté au Québec.

De façon plus précise, le groupe de travail devait examiner le modèle des coopératives de santé au regard de sa contribution à l'amélioration des services médicaux de première ligne, de même qu'au regard des principes et politiques régissant l'accès à ces services, du cadre légal et réglementaire applicable en matière de services de santé et de services sociaux et de tout encadrement pertinent concernant le fonctionnement des coopératives de santé.

Présidé par monsieur Pierre Roy, haut fonctionnaire de carrière et administrateur de sociétés, le Groupe de travail sur les coopératives de santé était composé de monsieur Paul G. Brunet, président du conseil d'administration du Conseil pour la protection des malades, de monsieur François Dubé, directeur adjoint à la Direction de l'organisation des services de première ligne intégrés du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), de madame Marie-Claude Prémont, professeure de droit de l'École nationale d'administration publique (ENAP) et de madame Sophie Vaillancourt, directrice des services juridiques de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).

2. La démarche du groupe de travail

Le 21 novembre dernier, le Groupe de travail sur les coopératives de santé tenait sa première d'une série de onze rencontres afin de déterminer quels étaient les principaux enjeux à prendre en considération dans le cadre de son mandat et de recenser les différentes organisations susceptibles d'être concernées ou intéressées par le modèle des coopératives de santé.

Tel que cela était défini dans son mandat, le groupe de travail devait, dans le cadre de ses travaux, inviter les principales parties concernées ou intéressées par le modèle des

1. Voir le communiqué à l'annexe 1.

coopératives de santé à venir présenter leur point de vue. Un guide de discussion² préalablement adopté par le groupe, joint aux lettres d'invitation envoyées, leur était proposé.

Neuf organisations ont accepté l'invitation du groupe de travail et ont participé à la consultation étalée sur plusieurs journées entre le 28 janvier et le 20 février 2013. Parmi ces organisations, deux représentaient directement le milieu coopératif, quatre relevaient du milieu de la santé, deux représentaient les municipalités et un dernier, les intérêts des personnes retraitées³. De plus, onze autres organisations, dont sept coopératives de santé, nous ont transmis des documents ou de l'information en relation avec le mandat⁴.

Afin de mieux comprendre les différents enjeux liés au mandat, les membres du groupe de travail ont participé à différentes séances de travail thématiques avec, notamment, des représentants de la Direction des coopératives au ministère des Finances et de l'Économie (MFE) ainsi que des représentants de la Direction de la main-d'œuvre médicale (DMOM) et de la Direction des relations professionnelles avec les fédérations médicales (DRPFM) au MSSS⁵. De même, une rencontre préalable aux consultations a eu lieu avec des représentants de la Fédération des coopératives de services à domicile et de santé du Québec (FCSDSQ) afin, notamment, de prendre connaissance et de discuter des résultats de leur dernière enquête, à partir de laquelle fut dressé le plus récent *Portrait des coopératives de santé au Québec*⁶, paru en octobre 2012.

Invités par la directrice générale de la coopérative Robert-Cliche, des représentants du groupe de travail se sont déplacés à Beauceville en décembre 2012 afin de rencontrer une partie de l'équipe administrative et médicale de cette coopérative. On leur a alors fait part de l'historique de la coopérative et des avantages pour les médecins, pour les membres et pour les citoyens de la Municipalité régionale de comté (MRC) Robert-Cliche de participer à un tel projet. Les représentants de la coopérative leur ont aussi fait part de leurs aspirations et de leurs craintes par rapport à l'amélioration et au financement des services offerts par la coopérative à ses membres et aux non-membres.

2. Voir le Guide de discussion à l'annexe 3.

3. Voir la Liste des organisations présentes aux journées de consultation à l'annexe 4.

4. Voir la Liste des groupes ayant soumis un document à l'annexe 5.

5. Voir la Liste des rencontres et séances de travail tenues avec des représentants divers à l'annexe 6.

6. M. J. Brassard, « Portrait des coopératives de santé au Québec : des pouvoirs à partager », *Cahiers de l'ARUC-DTC*, série « Recherche », n^o 11, octobre 2012.

3. Portrait sommaire du modèle coopératif au Québec

Telle qu'elle est définie dans la Loi sur les coopératives⁷, une coopérative est une personne morale regroupant des personnes ou des sociétés qui ont des besoins socio-économiques communs et qui, pour les satisfaire, s'associent pour exploiter une entreprise dont les membres sont des propriétaires usagers.

Le capital social d'une coopérative est composé de parts sociales, de parts privilégiées et de parts privilégiées participantes⁸. Chaque membre doit posséder un nombre minimum de parts désignées comme des parts de qualification. Les membres possédant des parts sociales ont le droit de vote aux assemblées, et ce, sans égard au nombre de parts qu'ils possèdent. Le pouvoir démocratique se concrétise au sein de la coopérative par la règle simple que l'on formule ainsi : « un membre, un vote ». La coopérative peut également exiger de ses membres une contribution ou une cotisation annuelle si un règlement le prévoit. Cependant, tel que cela est précisé dans la loi, une telle cotisation ne peut avoir pour but de générer des profits, mais peut contribuer, en tout ou en partie, aux frais d'exploitation de la coopérative⁹.

Créée en 1995, la Coopérative de solidarité santé Les Grès allait longtemps être l'unique coopérative offrant des services médicaux, et cela jusqu'aux années 2000. Un peu plus tard, particulièrement entre 2006 et 2009, le modèle de coopérative de santé connaîtra un essor au Québec. Le registre des entreprises du Québec compte actuellement une cinquantaine de coopératives de santé. De ce nombre, 37 seraient en activité et offriraient des services médicaux de première ligne.

Environ 180 médecins offrent leurs services aux coopératives de santé à travers le Québec. Leur nombre par coopérative varie de un à dix-huit et chacun offrirait, en moyenne, environ dix-huit heures de consultation par semaine. Le portrait des coopératives de santé publié en 2009¹⁰ par Marie-Joëlle Brassard et ses collaborateurs révèle que les coopératives attirent des médecins dont l'âge est inférieur à l'âge moyen des médecins du Québec. Par contre, le phénomène plus récent de reprises de cliniques fait augmenter considérablement l'âge moyen des médecins pratiquant en

7. Loi sur les coopératives, L.R.Q., c. C-67.2.

8. Loi sur les coopératives, L.R.Q., c. C-67.2., art. 37.

9. Loi sur les coopératives, L.R.Q., c. C-67.2., art. 128.

10. M. J. Brassard, P. LeBlanc et O. Etienne, « Les coopératives de santé au Québec : du consommateur à l'acteur ! », *Cahiers de l'ARUC – Développement territorial et coopération*, série « Recherche », numéro 5, 2009.

coopérative de santé, qui atteint maintenant quarante-neuf ans, rattrapant ainsi la moyenne québécoise des médecins en pratique¹¹.

En plus des services médicaux, la plupart des coopératives en activité offrent d'autres types de services professionnels, sans compter les services administratifs qui y sont liés. Il est fréquent de retrouver des infirmières et des secrétaires et du personnel administratif affecté à la coordination des activités. Plusieurs coopératives proposent à leurs membres différents services offerts par des professionnels de la santé autres que les médecins, tels que des psychologues, des nutritionnistes, des physiothérapeutes, des massothérapeutes, etc.¹²

Implantées dans une dizaine de régions, les coopératives de santé sont particulièrement présentes dans les régions de la Mauricie et du Centre-du-Québec, de l'Outaouais et de la Montérégie. Contrairement à ce que veut la croyance populaire, on les retrouve principalement dans les régions périphériques plutôt que dans les régions éloignées. Si l'on se fie à l'analyse proposée par le Conseil québécois de la coopération et de la mutualité (CQCM), les coopératives de santé s'installeraient souvent « dans les endroits où le déficit d'effectifs médicaux est le plus élevé¹³ ».

Comme nous pourrions le constater à l'analyse des principaux enjeux liés à la question, le développement rapide et sans encadrement des coopératives de santé n'est pas sans soulever des questionnements concernant l'accès à des services médicaux, la répartition géographique des médecins et l'équité entre les différents modèles d'affaires.

4. Les résultats de la consultation

4.1. La pratique médicale en mutation profonde

Comme en témoignent plusieurs acteurs rencontrés lors des journées de consultation, le modèle d'affaires « traditionnel », où le médecin « entrepreneur » est propriétaire de sa clinique médicale, semble aujourd'hui de moins en moins prisé par les nouvelles générations de médecins québécois.

11. M. J. Brassard, P. LeBlanc et O. Etienne, « Les coopératives de santé au Québec : du consommateur à l'acteur ! », *Cahiers de l'ARUC – Développement territorial et coopération*, série « Recherche », numéro 5, 2009.

12. Fédération des coopératives de services à domicile et de santé du Québec, *Un modèle coopératif à connaître*, mémoire présenté au Groupe de travail sur les coopératives de santé du Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2013, 30 p. et annexes.

13. M. J. Brassard, *op. cit.*, p. 17.

L'équilibre entre les finissants en médecine familiale et ceux des autres spécialités devient une cible réaliste maintenant que les facultés de médecine du Québec forment un nombre plus important de médecins de famille. Par contre, peu de jeunes diplômés sont intéressés à investir dans la mise sur pied d'un bureau ou d'un cabinet ou souhaitent reprendre à leur compte le cabinet d'un médecin en âge de prendre sa retraite. Selon un sondage mené par le Collège des médecins de famille du Canada en 2012¹⁴ auprès des résidents en médecine familiale, à peine 8 % d'entre eux auraient l'intention d'ouvrir un cabinet. La très grande majorité des médecins aurait plutôt l'intention de se joindre à un cabinet privé déjà établi ou de pratiquer en milieu hospitalier ou universitaire.

Les jeunes médecins de famille recherchent également des milieux de pratique où le travail d'équipe avec d'autres collègues est valorisé. Le travail en interdisciplinarité et l'informatisation sont d'autres aspects organisationnels recherchés par la relève en médecine familiale. Les groupes de médecine familiale (GMF) représentent le modèle organisationnel offrant le plus souvent l'ensemble de ces éléments. Si, dans les grandes villes, on observe un déplacement du personnel médical des petites cliniques de quartier vers des mégacliniques, souvent plus modernes et offrant des conditions de travail avantageuses, dans les régions rurales ou semi-rurales, peu de cliniques disposent d'attributs organisationnels susceptibles d'être attrayants pour les jeunes médecins.

4.2. Les avantages du modèle coopératif pour le médecin

Pour plusieurs communautés, la solution pour le recrutement de personnel médical semble passer par l'établissement d'une coopérative de santé sur leur territoire. En développant un modèle où le médecin n'a pas à se soucier de la gestion immobilière ni de la gestion administrative liées au fonctionnement de la clinique, les coopératives de santé sont en mesure d'offrir aux médecins intéressés un environnement attrayant répondant à certaines de leurs préoccupations, dont le refus de s'occuper de gestion administrative ou d'investir dans l'achat ou la location à long terme d'un cabinet médical.

À la réduction des tâches administratives s'ajoute le bénéfice relié de la réduction des dépenses du médecin pour l'achat et l'entretien d'un cabinet, l'embauche de personnel administratif et clinique et pour l'informatisation des dossiers médicaux. Le cumul de ces

14. Sondage national des médecins 2012, Collège des médecins de famille du Canada, Association médicale canadienne, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada : [www.sondagenationaldesmedecins.ca].

bénéfices représente un avantage non négligeable pour le médecin intéressé à s'établir là où l'offre lui en est faite.

4.3. Les appuis au modèle coopératif

Si le but premier de toute coopérative, explicite ou implicite, est d'attirer des médecins pour offrir aux membres de la communauté des services médicaux de première ligne, pour plusieurs, la création d'une coopérative dans une communauté entraîne des bénéfices beaucoup plus larges, dont les retombées rejaillissent sur tout le territoire. Pour nombre d'acteurs qui ont participé à la consultation, dont l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS), « l'engagement des citoyens témoigne de la vitalité d'une communauté et favorise le développement d'environnements favorables à la santé¹⁵ ». Basée sur des valeurs dites d'accessibilité s'appuyant sur la proximité des services, de démocratisation des soins et de prise en charge citoyenne, la mission des coopératives de santé est, selon leur fédération, d'offrir à leur communauté et à leurs membres des services de santé curatifs et préventifs, dans le souci d'assurer une grande qualité des soins tout en favorisant une approche respectueuse de chacun¹⁶.

Dans le même esprit, les promoteurs du développement économique que sont le ministère des Finances et de l'Économie (MFE) et les centres locaux de développement (CLD) estiment que le modèle coopératif, dans le domaine de la santé, en plus de favoriser l'arrivée ou le maintien de médecins dans une communauté, contribue à la vitalité et à l'occupation du territoire. C'est la thèse que soutiennent les représentants du MFE consultés dans le cadre de nos travaux, pour qui l'expansion importante des coopératives au cours des dernières années s'expliquerait tant par les retombées sociales qu'économiques pour les membres de la coopérative et pour ceux de la communauté. Les principaux effets observés consécutivement à l'extension des coopératives sont le maintien des personnes âgées et des jeunes familles dans leur milieu et la possibilité d'attirer ou de conserver des entreprises au sein de la communauté. De plus, la mise en place d'une coopérative dans un lieu donné aurait pour effet d'élargir la gamme de services offerts à proximité, en incitant notamment

15. AQESSS, « Mémoire sur les coopératives de santé », 28 janvier 2013, 17 pages.

16. Fédération des coopératives de services à domicile et de santé du Québec, « Un modèle coopératif à connaître », mémoire présenté au Groupe de travail sur les coopératives de santé du ministère de la Santé et des Services sociaux, 2013, 30 p. et annexes.

certains commerces à s'établir aux abords de la coopérative, réduisant du coup la fuite des capitaux vers les grands centres et permettant une redynamisation locale¹⁷.

Pas étonnant, dans un tel contexte, que la coopérative soit le plus souvent soutenue financièrement par différents acteurs économiques locaux (caisses populaires, par exemple), mais aussi par la municipalité ou la MRC, par des subventions ou des services offerts au bénéfice de la coopérative. Comme en témoigne la Fédération québécoise des municipalités (FQM) dans son mémoire déposé au groupe de travail, « la municipalité sera souvent impliquée financièrement dans le projet ainsi que les entreprises du milieu qui y verront un argument de rétention et d'attraction de la main-d'œuvre¹⁸ ».

4.4. Les réserves par rapport au modèle coopératif

Si certaines municipalités acceptent de soutenir l'installation ou les opérations d'une coopérative de santé sur leur territoire, la FQM a tenu à rappeler que la responsabilité première des services de santé ne relève pas des municipalités. Cette responsabilité incombe plutôt à d'autres paliers gouvernementaux. La FQM rappelle également que l'agence de la santé et des services sociaux est l'organisme responsable d'assurer les services médicaux sur l'ensemble du territoire¹⁹. Les médecins étant libres de s'installer où ils le souhaitent à l'intérieur d'une grande région administrative, certaines municipalités se trouvent ainsi désavantagées.

Si le modèle des coopératives de santé réussit parfois à attirer ou à garder des médecins sur un territoire donné, il fait néanmoins reposer sur l'initiative citoyenne l'accès à certains services de première ligne. Cela n'est pas sans soulever un malaise chez les différents intervenants, qui perçoivent de façon critique la contribution financière requise de la part des citoyens, alors que des investissements majeurs sont déjà consentis dans le réseau de la santé. Ils observent en outre que le développement des coopératives de santé se fait de façon désordonnée puisqu'il n'est pas intégré dans une planification régionale.

17. Ministère des Finances et de l'Économie, « Les coopératives de santé : origine, évolution et impacts » (PowerPoint), Direction du développement des coopératives, décembre 2012.

18. Fédération québécoise des municipalités, « Consultation du Groupe de travail sur les coopératives de santé », 4 p.

19. *Ibid.*

Pour plusieurs de nos interlocuteurs, cette situation crée de l'iniquité. Les municipalités peuvent parfois être appelées à se lancer dans une surenchère d'offres alléchantes afin d'attirer des médecins sur leur territoire pour répondre aux demandes de la population locale. Cette iniquité joue également en faveur de certains médecins, qui bénéficient d'avantages non négligeables s'ajoutant à la rémunération prévue par les ententes conclues entre les fédérations médicales et le MSSS. Ces avantages pourraient par ailleurs s'appuyer sur des modes de financement interdits autant pour les coopératives que pour les autres modèles d'affaires dans le domaine de la santé, soutiennent certains interlocuteurs.

Enfin, comme l'a rappelé le Collège des médecins du Québec (CMQ), le médecin pratiquant en coopérative de santé doit se soumettre aux mêmes conditions quant au respect des exigences déontologiques que les médecins pratiquant dans tout autre type d'organisation s'appuyant sur un modèle d'affaires différent. L'indépendance professionnelle des médecins ne devrait en aucun cas, en coopérative comme ailleurs, être remise en cause par des avantages qui leur auraient été consentis, tels des loyers gratuits ou à rabais, ou être touchée par des démarches de la part des médecins, ou du personnel administratif, en vue de recruter des membres pour leur coopérative.

5. Les enjeux liés à l'implantation du modèle coopératif

L'analyse détaillée du modèle d'affaires de la coopérative de santé nous a permis de cerner différents enjeux. Il faut par ailleurs préciser que certaines des questions soulevées ne sont nullement exclusives à ce modèle d'affaires. Ces enjeux concernent l'accès à un médecin, la répartition géographique des effectifs médicaux et la rémunération des médecins.

5.1. Un enjeu lié à l'accessibilité

Au Québec, la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29) repose, entre autres, sur les principes d'universalité et d'accessibilité des services assurés. Aussi, afin de garantir le respect de ces principes, la loi prévoit que le coût des services assurés est assumé par la RAMQ pour le compte des personnes assurées. En conséquence, la loi interdit à toute personne d'exiger ou de recevoir un paiement d'une personne assurée pour un service assuré²⁰, sauf pour certaines exceptions prévues par la loi et réglementées.

20. Loi sur l'assurance maladie, L.R.Q., c. A-29, art.22 (4), 22.0.0.1 (2) et 22.0.1.

La coopérative de santé se distingue des autres modèles d'affaires par son mode de financement. Le financement d'une coopérative est basé en partie sur le membership, l'acquisition de parts sociales et le paiement de cotisations annuelles. La question qui se pose alors est de savoir si l'on peut exiger qu'un patient soit membre de la coopérative pour avoir accès à un médecin ou pour obtenir une priorité d'accès auprès d'un médecin.

Au Québec, les médecins qui travaillent en coopérative de santé sont tous participants au régime d'assurance maladie et offrent tous des services assurés. Le fait d'être membre ou non d'une coopérative ne peut en aucun cas déterminer l'accès aux services médicaux d'un médecin participant. La discrimination dans l'accès à des services médicaux en fonction du statut du patient (membre ou non-membre de la coopérative) est prohibée et passible de sanctions. Autrement dit, comme le souligne le CMQ dans le mémoire qu'elle a déposé lors de la consultation du groupe de travail, « le paiement de frais d'adhésion et d'une cotisation annuelle comme source de financement de la coopérative ne doit pas constituer un avantage afin d'avoir accès à des services médicaux assurés puisque cela reviendrait aux usagers de payer pour des services assurés, ce qui n'est pas autorisé²¹ ».

À ce sujet, les coopératives de santé sont donc confrontées à un double défi : exiger le paiement des parts sociales ou de la cotisation annuelle tout en s'assurant que l'utilisateur ne perçoive pas ce paiement comme un mode d'accès privilégié à des services médicaux assurés. Aussi, comme en témoignent les faits saillants de l'enquête publiés en juin 2013 par la RAMQ, si 63 % des personnes assurées ne jugent pas obligatoire l'adhésion à la coopérative pour avoir accès à un médecin ou pour bénéficier d'un accès plus rapide à un médecin, il n'en demeure pas moins que pour plus du tiers (37 %) des personnes interrogées, l'accès à un médecin était conditionnel à ce paiement.

Soulignons que les pratiques commerciales de certaines cliniques médicales peuvent soulever des questions similaires à celles soulevées par les coopératives de santé. Certaines enquêtes de la RAMQ ont rapporté que des patients devaient acquitter certains frais à ces cliniques médicales pour obtenir un bilan de santé ou payer des

21. Collège des médecins du Québec, « Consultation du Groupe de travail sur les coopératives de santé », 29 janvier 2013, 10 p.

forfaits annuels pour avoir un accès privilégié au médecin participant²². Ces pratiques démontrent que l'accès à un médecin, si il est conditionnel à un paiement de la part du patient, est un enjeu qui touche non seulement les coopératives de santé, mais également, de façon plus large, l'accès à des services médicaux de première ligne hors établissement.

5.2. Un enjeu lié à la répartition géographique du corps médical

Comme nous l'avons constaté précédemment, la pratique médicale de première ligne est confrontée à des changements majeurs. Malgré la mise en application de différentes mesures visant à valoriser la médecine familiale, certaines régions, et plus particulièrement certaines sous-régions, sont davantage touchées par la pénurie d'effectifs médicaux.

Rappelons qu'au Québec, la Loi sur les services de santé et les services sociaux²³ prévoit l'adoption de plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) pour assurer à la population de chaque région une part équitable de services et privilégier l'installation, dans chaque région, du nombre de médecins nécessaires pour offrir ces services. C'est à partir du calcul des PREM en omnipratique que le ministre autorise, pour chaque région sociosanitaire du Québec, le recrutement de médecins de famille, et cela en tenant compte des besoins pressentis. Revus annuellement en fonction des écarts observés entre les effectifs déjà en place et les besoins à combler, les PREM tentent de répartir équitablement l'ajout d'effectifs en médecine générale entre les grandes régions.

Si le mécanisme de répartition interrégionale des effectifs médicaux semble fonctionner et assurer une répartition adéquate des médecins, la mesure peut paraître déficiente ou insuffisante pour garantir une présence médicale au niveau intrarégional sur l'ensemble du territoire couvert par la région sociosanitaire. En effet, comme les PREM se traduisent à l'échelle locale par les plans d'effectifs médicaux (PEM) et que ceux-ci visent de façon spécifique les services offerts au sein des établissements du réseau (centres de santé et de services sociaux, centres hospitaliers), la répartition intrarégionale est davantage basée sur les besoins à l'intérieur même des établissements.

22. Voir la rubrique « Rapports d'enquête » sur le site web de la RAMQ :
[<http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/publications/citoyens/Pages/rapports.aspx>] (dernière lecture le 22 avril 2013).

23. Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., c. S-4.2.

De plus, les jeunes médecins omnipraticiens, soumis à la règle des activités médicales particulières (AMP), doivent consacrer douze heures par semaine à des activités qui ont le plus souvent cours en établissement (urgences, hospitalisation, obstétrique, etc.).

Compte tenu des PEM et des AMP, les médecins s'installent principalement aux abords des centres hospitaliers ou des centres de santé et de services sociaux (CSSS) et concentrent leur pratique hors établissement dans des cabinets médicaux situés à proximité. Des pôles d'attraction et de concentration de services médicaux peuvent alors se former dans les localités où se trouvent les établissements du réseau de la santé, au détriment d'un déploiement des effectifs médicaux mieux réparti à travers le territoire. Dans un tel contexte, la capacité d'attirer ou de maintenir du personnel médical dans les régions rurales et semi-rurales et, pire encore, dans les sous-régions dépourvues d'établissements de santé, semble compromise.

5.3. Un enjeu lié à la rémunération du médecin

Il existe deux points de vue distincts en ce qui a trait aux moyens employés pour attirer du personnel médical. Pour certains, il est légitime d'offrir aux médecins pratiquant en coopérative de santé des conditions de travail avantageuses, sous la forme de loyers à rabais ou en leur fournissant le personnel administratif et clinique nécessaire à leur pratique. Pour d'autres, ces avantages deviennent une source d'iniquité entre les médecins qu'il y aurait lieu de corriger.

Rappelons à ce propos que la pratique médicale hors des établissements du réseau de la santé et des services sociaux implique des coûts (locaux utilisés, personnel de bureau et personnel administratif, fournitures) que doit normalement assumer le médecin. Ces coûts sont couverts par la RAMQ, sous la forme d'un paiement appelé « frais de cabinet » dans la terminologie de la négociation entre les fédérations médicales et le MSSS. En effet, de façon générale, dans le calcul de la rémunération médicale en omnipratique, on accorde au médecin une majoration de l'ordre de 30 % pour la pratique hors établissement.

Dans le cadre du financement des groupes de médecine de famille, à cette rémunération s'ajoute une part de la subvention accordée pour certains frais administratifs, principalement pour le personnel de bureau et le personnel administratif nécessaire au bon fonctionnement d'un cabinet médical.

Par ailleurs, la mise en vigueur récente du Programme québécois d'adoption des dossiers médicaux électroniques (PQADME) accorde une nouvelle compensation pour les frais administratifs et les frais de fonctionnement d'un cabinet médical en soutenant les médecins de famille par une entente de rémunération en vue de l'informatisation des dossiers médicaux.

Ces différentes mesures de compensation des frais administratifs et des frais de fonctionnement des cabinets médicaux sont généralement indépendantes du type de modèle d'affaires retenu par le médecin ou le groupe de médecins hors établissement.

La Loi sur l'assurance maladie²⁴ prévoit qu'un professionnel de la santé ne peut exiger ni recevoir, pour un service assuré, que la rémunération prévue dans l'entente. Cette règle pose la question de la légalité des avantages que peuvent accorder les coopératives de santé, mais aussi les cabinets médicaux fonctionnant selon d'autres modèles d'affaires. Ces avantages pourraient-ils représenter une forme de rémunération indirecte prohibée ? Les pratiques commerciales diverses concernant le paiement des frais de loyer ou autres frais administratifs exigeront une réponse qui dépasse le seul modèle coopératif.

6. Les orientations proposées et les recommandations

6.1. Assurer le respect des principes d'accessibilité prévus par la Loi sur l'assurance maladie pour tous les modèles d'affaires

Le modèle de la coopérative de santé soulève encore essentiellement un problème lié à l'accessibilité des soins puisque le paiement de parts sociales et d'une cotisation annuelle demeure perçu par plusieurs usagers, à tort ou à raison, comme une porte d'entrée pour obtenir plus rapidement du médecin participant des soins de première ligne.

Or, pour tout service assuré, l'accessibilité universelle ne peut être conditionnelle à l'appartenance à une coopérative. Ainsi, le paiement de parts sociales et de cotisations annuelles ne doit en aucun temps constituer une condition préalable pour accéder aux services d'un médecin ou encore permettre un accès plus rapide à un médecin.

Le modèle d'affaires des coopératives de santé présente un écueil en ce qui a trait au respect de l'accessibilité universelle. Comme ce problème n'affecte pas le seul modèle

24. Loi sur l'assurance maladie, L.R.Q., c. A-29, art. 22, al. 4.

de la coopérative de santé, mais peut se présenter également dans d'autres modèles d'affaires, il apparaît pertinent de clarifier le cadre légal en vigueur.

RECOMMANDATION : S'assurer que le cadre légal donne une définition claire de la notion d'accessibilité, précise ce qui est prohibé ou détermine quels sont les seuls frais qui peuvent être exigés de la part de facturés à l'utilisateur.

Comme l'indiquent les résultats de l'enquête menée en 2013 par la RAMQ, malgré moult efforts d'éducation et de conscientisation et malgré diverses actions concrètes de la part de la FCSDSQ et de la RAMQ, certaines coopératives de santé conservent des pratiques non conformes aux règles actuelles.

Actuellement, la RAMQ dispose de peu de moyens pour faire respecter le cadre légal et les démarches entreprises auprès des coopératives ayant recours à des pratiques non conformes aux règles actuelles sont souvent longues et fastidieuses. De plus, les sanctions actuellement prévues par la loi sont insuffisantes, puisqu'elles sont minimales et ne se limitent souvent qu'au seul remboursement, par le médecin, des frais payés par la RAMQ pour compenser ceux déboursés par les usagers.

RECOMMANDATION : S'assurer que la RAMQ bénéficie de tous les pouvoirs requis pour faire respecter le cadre légal entourant les frais médicaux et que les sanctions applicables en cas de non-respect de la loi soient suffisamment contraignantes pour être dissuasives.

6.2. La révision des mécanismes de répartition géographique des médecins

Nous avons vu que la répartition des effectifs médicaux est un point névralgique et sensible pour certaines régions. L'absence de médecins dans certaines communautés ou le départ des médecins en place est souvent l'élément déclencheur entraînant l'ouverture d'une coopérative de santé dans ces communautés. Les principes d'universalité et d'accessibilité des soins permettent aux Québécois de s'attendre à obtenir des services médicaux sans avoir à déboursier quoi que ce soit, peu importe où ils habitent sur le territoire.

Afin de mieux répondre à ces attentes, le groupe de travail recommande de revoir les mécanismes actuels de répartition des effectifs médicaux. S'ils permettent pour l'instant d'établir une certaine équité interrégionale, ces mécanismes ne semblent pas être en

mesure de garantir l'adéquation des ressources, en fonction des besoins, entre les municipalités d'une même grande région sociosanitaire.

En ce sens, il serait pertinent de revoir les mécanismes de répartition des effectifs médicaux actuellement en vigueur sous deux angles, soit : 1) la prise en compte des services médicaux de première ligne offerts sur le territoire et, 2) la participation accrue des acteurs locaux à la réflexion et à la gestion de ces mécanismes.

RECOMMANDATION : Utiliser et revoir, le cas échéant, les mécanismes de répartition des effectifs en médecine familiale afin que ceux-ci garantissent une meilleure équité à l'intérieur d'une même région.

RECOMMANDATION : Inciter les acteurs locaux (municipalités, MRC, etc.) à participer à la réflexion et à la gestion de ces mécanismes.

6.3. Une réflexion sur les modes de financement de la pratique médicale hors établissement

Les coopératives de santé sont un des modèles d'affaires qui proposent aux médecins de prendre en charge, en tout ou en partie, des responsabilités et des coûts liés à l'administration et au fonctionnement de leur cabinet médical. C'est dans cette perspective que le modèle des coopératives de santé devient attrayant pour les médecins.

La compensation des frais administratifs liés à la pratique médicale hors établissement prend maintenant plusieurs formes dont la cohérence n'est pas assurée. C'est dans ce contexte que doit être analysée la contribution de la coopérative de santé à la prestation des soins de première ligne.

On sait que l'offre d'avantages comparatifs au médecin pour ses frais administratifs est déterminante pour le convaincre de se joindre à une coopérative. Est-il plus facile de faire une offre couvrant les frais administratifs à l'intérieur d'un modèle plutôt que d'un autre ? Peut-on ainsi augmenter indirectement la rémunération du médecin, en fonction du modèle d'affaires qu'il a adopté à l'intérieur de sa pratique ou du possible cumul de programmes de couverture de frais divers ?

Le groupe de travail note donc que la compensation par la rémunération des frais administratifs liés à la pratique médicale hors établissement se situe au cœur des questions soulevées.

RECOMMANDATION : Amorcer une réflexion sur les modes de financement des frais administratifs liés à la pratique médicale hors établissement visant à assurer le respect du cadre légal et l'équité entre les différents modèles d'affaires possibles.

6.4. Appuyer les efforts d'accompagnement des coopératives de santé de la FCSDSQ

Depuis plusieurs années, et sans doute encore plus depuis les reportages et les enquêtes effectués sur les coopératives au cours des années 2010 et 2011, la FCSDSQ travaille d'arrache-pied avec les coopératives de santé membres de sa fédération afin de les sensibiliser aux lois et aux règles déontologiques applicables et de les inciter à les respecter. Des documents préparés par la FCSDSQ sont diffusés auprès des coopératives de santé afin de mieux encadrer leurs pratiques. Nos rencontres avec les représentants de la FCSDSQ et l'analyse des documents et mémoires présentés au groupe de travail nous ont convaincus de la volonté des instances coopératives de tout mettre en œuvre pour s'assurer que leurs membres respectent le cadre légal auquel ils sont soumis. En font foi le *Cadre de référence* de la FCSDSQ²⁵ et la mise en œuvre d'un processus assurant la conformité²⁶ des pratiques aux lois en vigueur.

Comme l'explique la FCSDSQ, un réel défi attend les coopératives de santé, qui doivent favoriser l'adhésion de membres qui ne peuvent obtenir en contrepartie un avantage personnel quant à l'accès à un médecin. Les coopératives doivent travailler à convaincre leurs membres qu'ils œuvrent ainsi à doter leur communauté d'une richesse collective jugée essentielle à son essor et à sa vitalité. Pour plusieurs coopératives, la solution semble passer par la mise en place de services complémentaires axés sur la prévention ou la promotion de la santé et des saines habitudes de vie, par des ateliers sur la nutrition, sur la gestion du stress, par la création de clubs de marche, etc. L'offre de tarifs préférentiels aux membres pour de tels services ou activités n'enfreint aucunement le principe de l'accessibilité universelle des soins médicaux. L'offre de services diversifiés fait d'ailleurs partie des recommandations de la FCSDSQ auprès de ses membres.

25. Fédération des coopératives de services à domicile et de santé du Québec, *Cadre de référence : Coopératives de santé du Québec 2011-2012*

26. Fédération des coopératives de services à domicile et de santé du Québec, « Élaboration et mise en œuvre d'un processus de conformité des coopératives de santé »

RECOMMANDATION : Soutenir la FCSDSQ dans sa volonté d'accompagner les coopératives de santé pour assurer le respect du cadre légal en vigueur et pour implanter un processus garantissant la conformité des pratiques à ce cadre légal.

De plus, puisque à tort ou à raison, plusieurs usagers demeurent convaincus que l'appartenance à une coopérative est une condition d'accès privilégié à un médecin, la sensibilisation des usagers à leurs droits doit être accentuée et une information plus complète doit leur être transmise à ce sujet. À cet égard, les coopératives et leur fédération devraient prendre les mesures nécessaires pour corriger les fausses perceptions qui persistent auprès des personnes assurées membres d'une coopérative.

RECOMMANDATION : Mettre à la disposition de toutes les personnes assurées toute l'information pertinente sur les droits dont elles disposent ainsi que sur l'interdiction de faire reposer l'accès à un médecin sur l'appartenance à une coopérative.

6.5. Arrimage avec le réseau

Lors de l'implantation des premières coopératives de santé sur le territoire québécois, les établissements du réseau étaient peu enclins à collaborer avec celles-ci. On nous a même parlé de méfiance à leur égard. Avec la mise en œuvre de projets divers et la création de liens, les arrimages avec les établissements sont devenus plus fréquents et des partenariats se sont développés, et ce, selon l'AQESSS, au bénéfice des citoyens²⁷.

Pour parvenir à une organisation cohérente des services de santé et dans un souci d'efficacité, il est important que les services offerts par les coopératives de santé soient complémentaires aux services déjà offerts par les CSSS ou par les autres partenaires du réseau local et qu'ils ne redoublent pas ces services. Afin de favoriser l'harmonisation des services sur le territoire, les coopératives de santé devraient établir des modalités de collaboration et de concertation avec les coopératives de santé et les autres cliniques médicales du territoire afin de préciser quelles doivent être les contributions spécifiques des différents partenaires visés. Le CSSS devrait jouer le rôle que lui confie la loi à ce sujet et veiller à la concertation des différents partenaires concernés.

Enfin, pour bien s'ancrer dans le réseau, la coopérative de santé doit, elle aussi, être proactive afin que ses services soient complémentaires aux services des autres

27. AQESSS, « Mémoire sur les coopératives de santé », 28 janvier 2013, 17 p.

intervenants du territoire où elle est établie. Elle doit s'associer aux instances du réseau, tant les CSSS que les agences de la santé et des services sociaux, dans la planification et l'organisation des services sur leur territoire.

RECOMMANDATION : Encourager les CSSS à établir des modalités de collaboration avec les coopératives de santé de leur territoire afin de préciser les contributions spécifiques des différents partenaires du territoire.

6.6. Arrimage avec les instances gouvernementales

Afin d'assurer le respect du cadre légal et réglementaire et pour favoriser l'arrimage des coopératives de santé avec le réseau local de services de santé, il importe de renforcer les liens entre la FCSDSQ et les instances gouvernementales, notamment la RAMQ et le MSSS. On peut à ce propos saluer l'initiative de la FCSDSQ, qui a conçu au cours des dernières années, en collaboration avec la RAMQ, un cadre de référence et des outils de sensibilisation.

La désignation d'un répondant, tant au MSSS qu'à la RAMQ, pourrait renforcer les liens et favoriser un meilleur partage de l'information, de même qu'une meilleure concertation en ce qui a trait aux actions locales et régionales, d'une part, et aux actions centrales, d'autre part, tant sur les plans de l'accessibilité que de la répartition des services médicaux.

RECOMMANDATION : Renforcer les liens entre la FCSDSQ et les instances gouvernementales en désignant un répondant au MSSS et à la RAMQ.

Conclusion

Le modèle des coopératives de santé qui s'est développé au Québec au cours des dernières années a permis dans plusieurs cas à des citoyens qui ne recevaient pas de services médicaux de première ligne adéquats ou suffisants d'apporter une solution à ce problème.

Mais le développement de ce modèle a soulevé plusieurs enjeux qui, bien souvent, débordent son seul cadre.

Le groupe de travail est d'avis que le modèle des coopératives de santé contribue et pourra contribuer à favoriser l'accès à des services de santé de première ligne dans la mesure où :

- le respect du principe d'accessibilité des services sera une condition *sine qua non* de son existence ;
- les coopératives seront considérées comme des partenaires à part entière du réseau régional de services de santé ;
- les efforts d'autorégulation du modèle seront soutenus et les citoyens dûment informés de leurs droits.

Par ailleurs, deux questions de fond, ne se rapportant pas spécifiquement au modèle des coopératives de santé mais largement révélées par nos travaux, devraient être examinées de façon plus approfondie :

- les mécanismes de répartition géographique des médecins et la problématique des territoires ne recevant pas de services adéquats ou suffisants ;
- les modes de financement des frais administratifs afférents à la pratique médicale hors établissement et l'équité, voire la légalité, de certaines pratiques.

Annexe 1

Communiqué

Cabinet du ministre

POUR DIFFUSION IMMÉDIATE

Code de diffusion CNW 01

LE MINISTRE RÉJEAN HÉBERT ANNONCE LA FORMATION D'UN GROUPE DE TRAVAIL SUR LES COOPÉRATIVES DE SANTÉ

Québec, le 14 novembre 2012 – Le ministre de la Santé et des Services sociaux et ministre responsable des Aînés, le docteur Réjean Hébert, a annoncé aujourd'hui la formation d'un groupe de travail sur les coopératives de santé.

« Depuis une dizaine d'années, le modèle coopératif est en expansion au Québec. Ce modèle s'est toutefois développé sans encadrement et soulève des questions notamment quant à l'accessibilité aux soins et à l'équité dans la répartition des médecins. Il est essentiel de corriger cette situation longtemps ignorée par le gouvernement libéral précédent, d'identifier des moyens de baliser le fonctionnement des coopératives de santé et de s'assurer de leur contribution à l'offre de service de première ligne », a déclaré le ministre Hébert.

Le groupe, présidé par Pierre Roy, haut fonctionnaire de carrière à la retraite et actuellement administrateur de sociétés, a donc pour mandat d'examiner le modèle des coopératives de santé actuellement implanté au Québec et d'émettre des recommandations afin que ce modèle contribue à l'accès aux services de santé de première ligne.

« Je réitère que le développement d'une première ligne de soins forte et accessible est la grande priorité en santé de notre gouvernement. Il est grand temps d'évaluer comment les coopératives peuvent contribuer au réseau de la santé et des services sociaux à titre de partenaires à part entière. La création de ce groupe de travail sur les coopératives de santé, la réflexion qu'il suscitera et l'éventuelle mise en œuvre de ses recommandations contribueront à l'atteinte de cet objectif », poursuit le docteur Réjean Hébert.

Le groupe de travail se penchera notamment sur la contribution du modèle des coopératives de santé aux services de première ligne, sur les principes et les politiques régissant l'accès à ces services, sur le cadre légal et réglementaire applicable, ainsi que sur tout autre enjeu concernant le fonctionnement des coopératives de santé.

En plus de Pierre Roy, le groupe de travail sur les coopératives de santé sera composé de Marie-Claude Prémont, professeure de droit de l'École nationale d'administration publique (ENAP), de Paul G. Brunet, président du conseil d'administration du Conseil pour la protection des malades, de Sophie Vaillancourt, directrice des Affaires juridiques de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) et de François Dubé, directeur adjoint à la Direction de l'organisation des services de première ligne intégrés du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Dans le cadre de ses travaux, le groupe consultera les parties concernées ou intéressées par le modèle des coopératives de santé et leur rôle quant à l'accès aux services de santé de première ligne. Le groupe de travail entamera ses travaux le 15 novembre et une consultation est prévue à compter de la mi-janvier. La date de remise du rapport a été fixée au 30 avril 2013.

Il est possible de communiquer avec le groupe de travail par courriel à l'adresse suivante : groupetravail.coop@msss.gouv.qc.ca

- 30 -

Source : Direction des communications
Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Renseignements : Ariane Lareau
Attachée de presse du ministre de la Santé et des
Services sociaux et ministre responsable des Aînés
418 266-7171

Annexe 2

Liste des membres du groupe de travail

M. Pierre Roy, président, haut fonctionnaire de carrière à la retraite et administrateur de sociétés

M. Paul G. Brunet, président du conseil d'administration du Conseil pour la protection des malades (CPM)

M. François Dubé, directeur adjoint à la Direction de l'organisation des services de première ligne intégrés du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)

Mme Marie-Claude Prémont, professeure de droit de l'École nationale d'administration publique (ENAP)

Mme Sophie Vaillancourt, directrice des services juridiques de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ)

Annexe 3

Guide de discussion

Dans le cadre de la consultation des groupes concernés ou intéressés par son mandat, le Groupe de travail sur les coopératives de santé souhaite échanger sur les questions suivantes et sur toute question jugée pertinente par le groupe consulté.

A. La contribution des coopératives de santé aux services de première ligne :

- Apport du modèle.
- Arrimage avec les services offerts par les établissements du réseau (CSSS).
- Arrimage avec le modèle des GMF.

B. Les principes et politiques régissant l'accès aux services de première ligne et le modèle des coopératives de santé :

- Principe de solidarité qui sous-tend le modèle de la coopérative de santé.
- Accessibilité universelle, sans frais, et sans priorité d'accès.
- Politiques de répartition territoriale des effectifs médicaux (PREM, PEM).

C. Le cadre légal et réglementaire applicable en matière de santé et de services sociaux :

- Cotisation et accès aux services.
- Forfaits et frais accessoires.
- Avantages consentis aux médecins.
- Indépendance professionnelle du médecin.

D. Partenaires locaux :

- Le rôle et l'implication financière des partenaires locaux.
- Les relations avec des tiers (pharmacies, médecins, autres partenaires).

Annexe 4

Liste des personnes et des organisations présentes aux journées de consultation

Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS)

Dre Michèle Pelletier, directrice générale

Mme Lucie Raymond, conseillère en organisation des services

Mémoire déposé : « Mémoire sur les coopératives de santé », 28 janvier 2013, 17 pages.

Autre document présenté : AQESSS, « Positionnement associatif sur la place des coopératives de santé au sein du réseau local de services », adopté par le conseil d'administration de l'AQESSS le 24 septembre 2009, 18 pages.

Association québécoise des retraité(e)s des secteurs public et parapublic (AQRP)

M. Luc Vallerand, directeur général

M. Marcel Ledoux, trésorier

Mémoire déposé : « Rencontre sur les coopératives de santé », document de travail, 23 janvier 2013, 5 pages.

Collège des médecins du Québec (CMQ)

Dr Charles Bernard, président-directeur général

Dr Yves Robert, secrétaire

Dr François Gauthier, directeur des enquêtes

Mémoire déposé : « Consultation du groupe de travail sur les coopératives de santé », 29 janvier 2013, 10 pages.

Conseil québécois de la coopération et de la mutualité (CQCM)

M. Gaston Bédard, directeur général intérimaire

Mme Marie-Joëlle Brassard, directrice de la recherche et du développement

Mémoire déposé : « Coopératives de santé : portrait et perspectives »

Autre document présenté : M. J. Brassard, « Portrait des coopératives de santé au Québec : des pouvoirs à partager », *Cahiers de l'ARUC-DTC*, série « Recherche », n° 11, octobre 2012.

Fédération des coopératives de services à domicile et de santé du Québec (FCSDSQ)

M. J. Benoit Caron, directeur général

Mme Gabrielle Bourgeault Brunelle, agente de recherche et de développement

Mémoire déposé : « Un modèle coopératif à connaître : Mémoire présenté au Groupe de travail sur les coopératives de santé du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) », 2013, 30 pages et annexes.

Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ)

Dr Louis Godin, président-directeur général

Dr Serge Dulude, directeur de la planification et de la régionalisation

M^e Pierre Belzile, chef du service juridique

Fédération québécoise des municipalités (FQM)

M. Richard Lehoux, vice-président de la FQM et préfet de la MRC de La Nouvelle-Beauce, maire de la municipalité de Saint-Elzéar

M. Gaston Arcand, président de la Commission permanente sur le développement social, les institutions et la démocratie et maire de Deschambault-Grondines

M. Nicolas Fleury, directeur, Direction des politiques, de la recherche et du développement

Mme Maryse Drolet, conseillère en recherche et développement

Mémoire déposé : « Consultation du Groupe de travail sur les coopératives de santé », 4 pages.

Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ)

Mme Diane Lamarre, présidente

Union des municipalités du Québec (UMQ)

M^e Diane Simard, directrice des Affaires juridiques et secrétaire de la corporation

Annexe 5

Liste des groupes ayant soumis un document et documents soumis

Université de Sherbrooke, Faculté d'administration : B. Brasseur et E. Murray, *Étude de cas : fonctionnement, avantages et intégration au système de santé québécois de la Coopérative de solidarité de santé de la MRC Robert-Cliche*, 163 pages.

Centrale des Syndicats du Québec (CSQ) : *Les coopératives de santé, un modèle inapproprié*, octobre 2011, 6 pages.

Coop de Solidarité-Santé de Contrecoeur : « Document de présentation », 10 pages.

Coop de Solidarité Santé La Prairie : « Document de présentation », 4 pages.

Coopérative de solidarité de santé de la MRC Robert-Cliche : « Rapport annuel, 2011 », 18 pages et annexes.

Coopérative de solidarité de santé de la MRC Robert-Cliche : « Document présenté au groupe de travail sur les coopératives de santé », 25 janvier 2013, 15 pages.

Coopérative de Solidarité en soins de santé de Thurso : « Document de présentation », 10 février 2013, 5 pages.

Coopérative Solidarité Santé Saint-Isidore : « Document de présentation », 7 pages.

Coop Santé Portneuf-Saint-Basile : « Document de présentation », 3 pages.

Coop Solidarité Santé Pointe-du-Lac : « Document de présentation », 9 pages.

Annexe 6

Liste des rencontres et séances de travail avec des représentants divers

17 décembre 2012 : présentation des travaux de la Fédération des coopératives de services à domicile et de santé

Représentants de la fédération présents à la rencontre :

M. J. Benoit Caron, directeur général

Mme Gabrielle Bourgeault Brunelle, agente de recherche et de développement

14 janvier 2013 : visite de la Coop Santé Robert-Cliche

Représentants de la coopérative présents à la rencontre :

Mme Nancie Allaire, directrice générale

M. Michel Roy, président

Dre Linda Fillion

M. Rémi Bolduc, agent de développement des affaires

15 janvier 2013 : présentation de la Direction du développement des coopératives

Représentants de la direction présents à la rencontre :

Michel Jean, directeur, Direction du développement des coopératives, ministère des Finances et de l'Économie

Michel Clément, coordonnateur au développement, Direction du développement des coopératives, ministère des Finances et de l'Économie

PowerPoint présenté : « Les coopératives de santé : origine, évolution et impacts », Direction du développement des coopératives, décembre 2012.

20 février 2013 : présentation des modes de rémunération

Présentation faite par :

M. Marco Thibault, directeur, Direction des relations professionnelles avec les Fédérations médicales, ministère de la Santé et des Services sociaux

20 février 2013 : présentation de la méthode de répartition des effectifs médicaux

Représentants présents à la rencontre :

Mme Karine Huard, adjointe à la directrice, Direction de la main-d'œuvre médicale, ministère de la Santé et des Services sociaux

Mme Brigitte Moreau, agente de planification, Direction de la main-d'œuvre médicale, ministère de la Santé et des Services sociaux

PowerPoint présenté : « Les plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) en médecine de famille », Direction de la main-d'œuvre médicale.



msss.gouv.qc.ca