Mars 2015

CSSS - 025M
C.P. - P.L. 20
Accès services
de médecine

Mémoire présenté pour les consultations particulières sur le projet de loi n° 20 Loi édictant la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée.

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

[LES COOPÉRATIVES DE SANTÉ DU QUÉBEC, UN MODÈLE COOPÉRATIF À CONNAÎTRE]

Les coopératives poursuivent un développement centré sur les personnes et affirment la prééminence de l'économie réelle sur l'économie financière, ce qui favorise l'économie durable et la valeur sociale ajoutée au-delà du profinancier. Ainsi, les coopératives ont une capacité énorme de développement et de construction d'un monde meilleur. Plus il y aura de coopératives et d'autres formes d'entreprises contrôlées par les parties prenantes (travailleurs, artisans, etc.) dans le monde, la distribution des recettes et la justice sociale seront importantes.

- *ACI (Alliance coopérative internationale)*

La Fédération des coopératives de services à domicile et de santé du Québec

Contextualisation du contenu

Le présent document a été élaboré en considérant le contexte en vigueur lors de sa création. Nous avons donc tenu compte du plus grand nombre d'éléments pouvant avoir un effet sur son contenu. Nous vous prions cependant de considérer qu'aussi bien le contexte que l'environnement sont sujets à amener des changements.

Genre utilisé aux fins de rédaction

Le genre masculin est utilisé sans discrimination dans ce document, mais uniquement dans le but d'en alléger le contenu.

COLLABORATIONS

SOUS LA DIRECTION DE

J. Benoit Caron, directeur général
Fédération des coopératives de services à domicile et de santé du Québec

RÉDIGÉ PAR

Gabrielle Bourgault-Brunelle, conseillère à la recherche et au développement
Fédération des coopératives de services à domicile et de santé du Québec

Paul Levesque, conseiller en relations publiques et gouvernementales
Fédération des coopératives de services à domicile et de santé du Québec

AVEC LA COLLABORATION DE

Judith Lapierre, Ph.D, professeure agréée et chercheure
Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval et à l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec

COMITÉ CONSULTATIF SECTORIEL

Daniel Roussel, conseiller spécial, *Consultant*
Chantal Dubuc, directrice, *Coopérative de solidarité santé de Contrecœur*
Valérie Dufour, présidente, *Coopérative de santé Aylmer*

RÉVISÉ PAR

Lise Carrier, secrétaire
Marie-Hélène Leclerc, secrétaire-réceptionniste

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION 5

PRÉSENTATION DE L'AUTEUR - FCSDSQ 7

Le réseau des coopératives de santé au Québec en chiffres 8

RÉSUMÉ 9

RECOMMANDATIONS DU MÉMOIRE 10

EXPOSÉ GÉNÉRAL 11

1. Des principes de base dans les coopératives de santé au Québec 11

1.1 Huit principes de base des coopératives de santé 11

1.2 Le lien d'usage avec les membres 11

2. Un mode d'organisation différent 12

2.1 Coup d'œil sur la formule coopérative en santé 12

2.2 Coopération versus privatisation 13

2.3 Mise en perceptive du modèle coopératif en santé 14

2.4 Fonctionnement de l'organisation 16

3. Projet de loi n° 20 : Les médecins et leur pratique en coopérative de santé 18

3.1 Portrait des médecins et de leurs pratiques dans les coopératives de santé 18

3.2 Un encadrement légal soutenu 23

CONCLUSION 25

ANNEXE 1 : Répertoire des outils développés par la Fédération des coopératives de services à domicile et de santé du Québec 26

ANNEXE 2 : Synthèse des forces, faiblesses et opportunités du réseau des coopératives de santé au Québec 27

ANNEXE 3 : Déclaration de Lévis au Québec 2012 28

ANNEXE 4 : Des partenaires 29

INTRODUCTION

Depuis quelques années au Québec, la population est inquiète face à sa capacité à avoir accès à un médecin de famille et à la proximité du service. Les coopératives sont le résultat de populations qui ont tenu à se prendre en main afin de se doter collectivement de services voués à disparaître ou qui étaient inexistants dans leur communauté. Une fois ces services retrouvés ou encore créés, les citoyens de la communauté peuvent s'accorder le mérite d'avoir collectivement participé à l'implantation d'un service durable en santé de première ligne et sur lequel ils pourront compter. En résumé, l'objectif des coopératives de santé est un copier-coller du point 1 du *chapitre 1 Objet et définitions du projet de Loi n^{0} 20* : « La présente loi vise à optimiser l'utilisation des ressources médicales et financières du système de santé dans le but d'améliorer l'accès aux services de médecine de famille ».

Dans les années 90, lorsque les coopératives de santé ont commencé à se former au Québec, elles étaient isolées et non concertées. Il n'y avait pas alors de réseau à l'échelle provinciale pouvant les soutenir. Toutefois, voyant un secteur naître, le Conseil québécois de la coopération et de la mutualité (CQCM) est intervenu en matière de recherche et de développement pour soutenir l'émergence de ce secteur. De plus en plus, les coopératives de santé ressentaient le besoin de se concerter. Depuis 2008, la Fédération des coopératives de services à domicile et de santé du Québec (FCSDSQ) a pris le relais pour favoriser le réseautage et soutenir le secteur par son offre de service. À cet effet, la FCSDSQ coordonne l'évolution du secteur pour contribuer à instaurer un développement concerté et organisé à l'échelle provinciale.

Dans les faits, qu'est-ce qu'une coopérative de santé? En tout premier lieu, une coopérative est une association de personnes se regroupant afin de satisfaire des besoins communs. De plus, une coopérative de santé assume quatre fonctions principales. Premièrement, la coopérative de santé assume une gestion immobilière assurant un lieu de pratique propice à la médecine de première ligne. Deuxièmement, la coopérative de santé veille à la gestion administrative de l'entreprise. Troisièmement, la coopérative de santé assume la gestion de l'offre de service à proximité de sa communauté pour tous les citoyens. Quatrièmement, la coopérative de santé assume la gestion des services complémentaires en prévention et promotion en santé (PPS) pour l'ensemble de sa communauté comprenant notamment ses membres.

De plus, la démocratie et l'implication citoyenne doivent être reconnues et considérées comme légitimes, qui plus est lorsqu'elles sont portées directement par plusieurs communautés réparties à travers la province. Il ne faut pas remettre en cause la capacité du citoyen à se prendre en charge surtout lorsqu'il agit en synergie avec les besoins de sa communauté.

Dans ce contexte, et pour la démocratisation des services, nous croyons que l'État gagnerait à travailler de concert avec les coopératives de santé qui se sont imposées au fil des ans dans le paysage québécois.

Soulignons que le Québec n'a pas inventé le concept des coopératives de santé. À travers le monde, plusieurs modèles de coopératives de santé ont su guider les citoyens dans la prise en charge de leurs services de santé. À noter qu'en octobre 2012, se tenait à Lévis le Forum international des coopératives de santé, le porte-parole de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), Dr Rüdiger Krech, est venu soutenir le mouvement international des coopératives de santé. Le Dr Rüdiger Krech a insisté sur le fait que la santé est un indicateur du développement sociétal et que les coopératives de santé à travers le monde partagent des valeurs communes, soit notamment : le contrôle démocratique, la justice, la motivation d'offrir des services, l'intention morale. Plus localement, rappelons que la création de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) était avant tout une initiative mutualiste.

Chose certaine, les coopératives de santé favorisent la proximité de services en soins de santé de première ligne et l'occupation du territoire. Il faut, en définitive, être conséquent lorsque l'on parle d'équité concernant la desserte de services en soins de santé et l'occupation du territoire au Québec. En effet, il y aurait incohérence si l'on ne considère pas les coopératives de santé dans l'équation pour optimiser « l'utilisation des ressources médicales et financières du système de santé dans le but d'améliorer l'accès aux services de médecine de famille ».

Le présent mémoire a donc pour but de présenter et positionner le secteur des coopératives de santé en complémentaire des réseaux de santé locaux et ce, afin de répondre aux objectifs du projet de loi n° 20 du ministre de la Santé et des Services sociaux. Pour permettre au Québécois d'avoir sur l'ensemble du territoire un accès bonifié à des soins de santé de première ligne, il est central que l'ensemble des forces vives soient mises à contribution pour répondre à ce défi, les coopératives font donc partie de la solution.

PRÉSENTATION DE L'AUTEUR - FCSDSQ

La Fédération des coopératives de services à domicile et de santé du Québec (FCSDSQ) regroupe des coopératives de services à domicile, des coopératives de santé et des organismes sans but lucratif (OSBL) qui existent par la volonté de citoyennes et de citoyens qui se sont associés afin de se donner accès à des services par l'entremise d'une entreprise d'économie sociale.

Elle a comme mission d'assurer la coordination et le développement d'un réseau de concertation et d'offrir des services répondant aux besoins exprimés par ses membres afin de les appuyer dans la réalisation de leur mission avec efficacité et autonomie.

Le secteur santé de la Fédération des coopératives de services à domicile et de santé du Québec regroupe 35 coopératives de santé comptant plus de 60 000 membres et offrant des services de soins de santé de première ligne à plus de 178 000 citoyens, et cela dans 11 régions du Québec.

LES ORIENTATIONS

- Assurer la promotion et le développement des coopératives œuvrant dans le domaine des services à domicile, de santé et activités connexes
- Favoriser les échanges d'information et d'expertise et la concertation des actions sur des projets communs
- Protéger, défendre et promouvoir les intérêts de l'ensemble du réseau et de chacun de ses membres
- Offrir et apporter, au besoin, un soutien technique et professionnel en matière d'organisation et de promotion des services, de financement, de formation des administrateurs, du personnel et de ses membres
- Soutenir les membres dans l'amélioration de la qualité des services et le développement de l'emploi
- Promouvoir l'éducation coopérative

Par ce mémoire, la FCSDSQ souhaite faire entendre la voix des coopératives de santé auprès de la Commission de la Santé et de Services sociaux dans le cadre du projet de loi n° 20 afin d'être identifiées comme des partenaires complémentaires du réseau de la santé après l'adoption du projet de loi afin de travailler conjointement à « optimiser l'utilisation des ressources médicales et financières du système de santé dans le but d'améliorer l'accès aux services de médecine de famille ».

Le réseau des coopératives de santé au Québec en chiffres

Les coopératives de santé membre de la Fédération des coopératives de services à domicile et de santé du Québec (FCSDSQ) :

- La Fédération regroupe 35 coopératives de santé (sur plus de 50 coopératives de santé au Québec);
- Ces 35 coopératives de santé couvrent 11 régions du Québec;
- Les coopératives de santé membres de la Fédération comptent plus de 178 000 dossiers dont plus de 60 000 membres;
- Ces mêmes coopératives de santé membres de la Fédération comptent aussi plus de 130 médecins participants et plus de 50 infirmières;
- Elles offrent des services de santé curatifs et préventifs pour des collectivités du Québec;
- La Fédération répond aux demandes et accompagne sporadiquement des promoteurs de coopératives de santé en collaboration avec les coopératives de développement régional (CDR);
- La FCSDSQ effectue diverses représentations auprès du gouvernement, ses ministères et autres instances. Elle encourage la vie démocratique et consulte ses membres régulièrement.

Chiffre réseau (membres et non membres de la FCSDSQ) :

- Les coopératives de santé au Québec ont en moyenne 4,2 médecins et 1,6 infirmière;
- On note que 54,4 % des médecins et 94,3 % du personnel infirmier sont des femmes;
- Le nombre de médecins par coopérative varie de 1 à 14;
- La moyenne d'heures de consultation d'un médecin dans une coopérative de santé au Québec est de 18 heures, et ce chiffre se situe à près de 20 heures pour une infirmière.
- Suite au sondage pour le portrait des coopératives de santé 2012, on constate que 60 % des coopératives affirment avoir besoin de deux ou trois médecins supplémentaires.
- La valeur de la part de qualification pour devenir membre d'une coopérative de santé varie de 10 $ à 100 $, tandis que le montant de la contribution annuelle se situe entre 30 $ et 115 $.

RÉSUMÉ

LES DÉFIS ET ENJEUX DES COOPÉRATIVES DE SANTÉ AU QUÉBEC

1. La reconnaissance des coopératives de santé par les instances politiques et par les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux, telles des organisations travaillant en complémentarité du réseau de la santé du Québec;
2. Le financement des opérations de la coopérative;
3. Attrait et fidélisation du membership et des ressources médicales.

LA MISSION, LES VALEURS ET LA VISION DES COOPÉRATIVES DE SANTÉ AU QUÉBEC

La mission des coopératives de santé est d'offrir à leur communauté et à leurs membres des services de santé curatifs et préventifs, avec le souci d'une grande qualité et d'une approche respectueuse de chacun.

Les valeurs promues par les coopératives de santé regroupent la proximité des services, la démocratisation des soins de santé et la prise en charge citoyenne.

La vision partagée des coopératives de santé est que les coopératives de santé soient connues et reconnues comme une valeur ajoutée pour leur communauté, leurs membres, leurs partenaires et le gouvernement du Québec.

PRIORITÉS ET ENJEUX

L'arrimage des services entre le réseau public de santé et les services offerts par les coopératives de santé serait facilité par l'entremise d'une reconnaissance officielle des coopératives de santé par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) et le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) à titre de services complémentaires et travaillant en partenariat avec le réseau de santé publique. De plus, nous souhaitons que cette volonté d'optimiser l'utilisation des ressources médicales afin d'offrir une accessibilité et une proximité de soins de première ligne à la population corresponde à une amélioration des relations avec les futurs Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) par une vision commune et partagée du rôle des coopératives de santé. Cette vision commune faciliterait l'harmonisation des pratiques et les relations entre ces différents acteurs au bénéfice des citoyens.

Pour encourager ce travail en partenariat et l'arrimage des services, la prise en considération de la particularité du fonctionnement des coopératives de santé dans certaines offres de programmes gouvernementaux, tel le Programme québécois d'adoption de dossiers médicaux électroniques, contribuerait à bonifier l'organisation du réseau en concertation avec le MSSS et la RAMQ.

Soulignons que les coopératives de santé n'œuvrent pas uniquement dans les régions éloignées. Il apparaît donc important de reconnaître la valeur ajoutée du modèle coopératif en santé aussi bien en milieu urbain que périurbain ou rural. En définitive, la mission, les valeurs et les objectifs portés par les coopératives de santé sont valables peu importe leur localisation.

RECOMMANDATIONS DU MÉMOIRE

Recommandation n° 1 : La FCSDSQ recommande de favoriser le développement des coopératives de santé au Québec en considérant qu'elles sont des outils de démocratisation favorisant la prévention et la promotion en santé (PPS) et la vitalisation des communautés par leur offre de service.

Recommandation n° 2 : La FCSDSQ recommande que la formule des coopératives de santé soit connue et reconnue dans le milieu de la médecine, et cela grâce au soutien marqué du MSSS et de ses relais sur le terrain tout particulièrement avec les CISSS.

Recommandation n° 3 : La FCSDSQ recommande que des incitatifs positifs soient prévus aux règlements du projet de loi n° 20 afin d'encourager les médecins dans leurs pratiques de première ligne hors des établissements de santé. Il est essentiel d'y inclure les coopératives de santé afin de respecter les outils de développement dont se sont dotées les communautés.

Recommandation n° 4 : Advenant qu'une coopérative de santé soit dans une zone considérée comme démédicalisée, la Fédération recommande que pour ces coopératives, les heures d'AMP soient comptabilisées lorsqu'elles sont effectuées au sein de la coopérative.

Recommandation n° 5 : Advenant qu'une coopérative de santé soit dans une zone avec une masse critique de patients orphelins, la Fédération recommande que les médecins pratiquant dans la coopérative puissent faire reconnaitre leurs heures d'AMP lorsqu'ils offrent des services (avec ou sans rendez-vous) à cesdits patients orphelins.

Recommandation n° 6 : En regard de l'expression des besoins des soins de première ligne par les communautés et des objectifs poursuivis par le projet de loi n° 20, le réseau de la santé devrait reconnaître les coopératives de santé comme des lieux d'accueil privilégiés (leviers de développement) favorisant une saine répartition des effectifs médicaux au Québec.

EXPOSÉ GÉNÉRAL

1. Des principes de base dans les coopératives de santé au Québec

1.1 Huit principes de base des coopératives de santé

1. Adhésion volontaire et ouverte à tous;
2. Exercice démocratique du pouvoir par les membres et leurs représentants;
3. Participation économique des membres à la propriété et aux résultats;
4. Autonomie et gestion indépendante de la coopérative de santé par rapport à l'État et aux groupes d'intérêts externes. La coopérative est un modèle d'affaires complet et viable dans le respect des lois et règlements;
5. Éducation et formation à la coopération des membres, des dirigeants et des employés;
6. Coopération entre coopératives;
7. Engagement de la coopérative envers sa communauté;
8. Participation financière des médecins pour assumer les coûts des services qu'ils utilisent.

1.2 Le lien d'usage avec les membres

En plus de la mobilisation au démarrage, le véritable défi pour les coopératives de santé est d'instaurer un lien d'usage durable avec ses membres. Le lien d'usage est un engagement concret et à long terme du membre qui bénéficie des services de la coopérative et qui doit aussi s'investir dans la réussite du projet. De plus, le projet de la coopérative de santé doit tenir compte non seulement des membres, mais aussi de l'ensemble des citoyens et citoyennes de sa communauté. Il est primordial de faire valoir que le consommateur de services de santé, soit le citoyen, devient un acteur engagé dans sa communauté.

Par ailleurs, la masse critique est un facteur important pour le maintien des services de proximité, mais elle ne peut se mesurer uniquement par la taille de la population et par le nombre de membres. Pour cela, la coopérative de santé incarne un acteur important dans le recrutement de ressources médicales et le maintien de services de première ligne en santé, et ce, à proximité de la communauté.

La relation d'affaires avec la clientèle de la coopérative est souvent tenue pour acquise alors que cela ne va pas de soi. Le maintien du lien d'usage demeure un défi constant, quels qu'aient été les prévisions ou les engagements initiaux des membres, car leur engagement doit être maintenu à long terme.

Il faut ici référer au défi des coopératives de santé qui est de favoriser l'adhésion de membres qui n'obtiennent pas que des avantages personnels, mais se dotent d'abord et avant tout d'un levier de développement essentiel à l'essor de l'ensemble de la communauté.

2. Un mode d'organisation différent

2.1 Coup d'œil sur la formule coopérative en santé

Au Québec, l'accès aux médecins de famille s'effectue depuis des décennies, généralement par l'entremise des cliniques médicales qui sont la propriété de médecins « entrepreneurs ». Aujourd'hui, cette pratique n'est plus celle que semble choisir une partie des omnipraticiens, notamment considérant leur choix de vie et leur disponibilité et leurs obligations professionnelles. De plus, force est de constater que plusieurs facteurs ont eu pour effet de modifier l'accessibilité des services de santé de première ligne. Soulignons, notamment, l'augmentation de la demande de services due au vieillissement de la population, la diminution importante du nombre de cliniques médicales, la rareté des médecins de famille et autres.

De façon générale, on a observé une certaine désaffection des médecins à l'endroit de la médecine familiale, se rectifiant peu à peu depuis les deux dernières années, et une féminisation de la profession médicale. S'ajoute un facteur générationnel où les jeunes médecins aspirent à une vie professionnelle plus « équilibrée » que celle de leurs prédécesseurs. De plus, ils doivent obligatoirement effectuer des activités médicales particulières (AMP) dans le réseau public de santé.

C'est ainsi que, dans plusieurs régions du Québec, des citoyens et des communautés qui anticipaient la disparition de leurs cliniques médicales ont décidé de s'organiser. Loin d'eux l'idée de remplacer l'État ou de privatiser la médecine. Un seul et modeste objectif : avoir une proximité de services raisonnable. En ce sens, la Fédération des coopératives de services à domicile et de santé du Québec ne peut que saluer ces initiatives de prise en charge citoyenne.

Souvenons-nous que le Québec s'est développé, entre autres formes d'entreprenariat, par la coopération. Nous devons être fiers de notre capacité collective à nous organiser et à coopérer en vue de répondre efficacement à nos besoins. Nous devons garder à l'esprit que les coopératives de santé offrent aux citoyens une proximité de services et permettent à des professionnels de santé d'établir leur pratique dans des communautés qu'ils n'auraient pas nécessairement choisies sans ce modèle d'organisation.

Soulignons que par la nature même de la formule coopérative, soit son caractère collectif intrinsèque, elle contribue directement à la création du sentiment d'appartenance à la communauté selon Shields[i] de Statistique Canada, une attention croissante a été accordée à la notion de « capital social », qui est généralement définie comme englobant des aspects de l'organisation sociale, tels que la participation à la vie civique et la confiance dans les autres, qui facilitent la collaboration entre les membres de la communauté.

Les coopératives de santé sont en quelque sorte l'expression d'une démocratisation des services de santé de première ligne. Elles offrent un modèle de fonctionnement alternatif aux médecins qui veulent pratiquer sans être propriétaires d'un bureau et avoir à se soumettre aux exigences administratives d'un entrepreneur.

Compte tenu du contexte actuel du réseau de la santé au Québec, nous nous devons d'innover en changeant nos paradigmes. Les coopératives de santé s'inscrivent parfaitement dans ce changement de paradigme des services de soins de première ligne.

Nous portons à votre attention que les coopératives de santé sont en pleine émergence au Québec et sont de jeunes entreprises. Elles ont en moyenne de 4 à 6 ans d'existence. Ce sont des entreprises collectives dirigées et administrées par des citoyens responsables. Elles se doivent d'être en conformité avec les lois et règlements et leur développement durable ne peut se faire qu'en complémentarité avec les réseaux locaux de services.

2.2 Coopération versus privatisation

Fait important, et contrairement aux croyances de plusieurs, les coopératives de santé sont un frein à la privatisation de la santé, d'une part, considérant la « démocratisation » des services qu'elles offrent à la population, et d'autre part, considérant la place qu'elles occupent dans le paysage québécois.

> *« Soyons conséquents, à chaque fois qu'une coopérative de santé émerge dans une communauté, c'est une occasion de moins pour des promoteurs privés de faire de la spéculation à partir de besoins de santé non satisfaits de la population » - J. Benoit Caron, directeur général de la Fédération des coopératives de services à domicile et de santé du Québec.*

En permettant à des professionnels de la santé de s'établir ou de demeurer dans une communauté, nous croyons que les coopératives de santé favorisent une meilleure répartition des effectifs médicaux au Québec. Nous sommes conscients qu'il faut toutefois éviter l'éparpillement et l'isolement des professionnels pouvant être une grave menace à la qualité des services. Il est d'autant plus important de collaborer avec le ministère de la Santé et des Services sociaux pour une coordination d'actions propices à une offre de service de qualité.

De plus, les coopératives de santé contribuent à une réduction des coûts de santé pour les citoyens en faisant en sorte qu'ils n'aient pas à se déplacer indûment vers d'autres régions afin d'obtenir des services essentiels à leur santé et leur bien-être.

Il ne fait aucun doute pour la Fédération que l'émergence des coopératives de santé est souhaitable et nécessaire pour garantir le bien-être de nos communautés. De manière tout à fait objective, nous devons admettre qu'il y a plus d'opportunités que

de menaces associées au développement des coopératives de santé. Dans ce contexte, le réseau des coopératives de santé est tout à fait disposé à travailler de concert avec les acteurs clés dans le réseau de la santé et des services sociaux au Québec.

2.3 Mise en perceptive du modèle coopératif en santé

À l'occasion, dans les médias ou autres canaux d'information, certains propos démontrent une mauvaise compréhension du concept même des coopératives de santé. Il est primordial de comprendre que **les coopératives de santé ne remplacent pas les structures étatiques, et sont encore moins une privatisation de l'offre de service de santé de première ligne**. Les coopératives de santé offrent, notamment, un environnement propice pour la pratique des omnipraticiens affiliés au système public.

Force est de constater que la population considère les services de santé tel un service de base légitime auquel chaque citoyen est en droit d'avoir accès étant donné qu'il paie des impôts. Effectivement, il est exact de considérer ce service comme **universel et accessible à tous**, mais **l'équité** en matière de desserte de soins de santé ne répond malheureusement pas toujours aux besoins des petites communautés.

Aussi, il est faux de prétendre que la consommation des services de santé au Québec n'entraîne **aucune dépense pour le citoyen**. En effet, si un citoyen doit se déplacer pour avoir accès aux services cela constitue une dépense pour lui. S'il doit s'absenter du travail pour avoir accès aux services, cela constitue une dépense pour lui. Il est primordial d'en tenir compte dans l'analyse du modèle des coopératives de santé.

Une autre perception houleuse à l'endroit des coopératives de santé concerne la **contribution annuelle**. Cette contribution annuelle varie entre 30 $ et 115 $. Cette contribution n'est pas exigée par la coopérative pour permettre l'accès au médecin, mais bien pour assurer au citoyen une plus grande proximité des services et ainsi atténuer les dépenses qu'il devrait encourir pour consommer un service de santé de première ligne. Dans les faits, cette somme permet à la coopérative de santé d'effectuer du recrutement proactif de médecins et de développer des services en prévention et promotion en santé (PPS). Mais surtout, cette contribution financière vise à acquérir un bâtiment et des équipements pour offrir lesdits services. Dès lors, par cette contribution à la coopérative, les citoyens en deviennent collectivement propriétaires.

Ce que les coopératives de santé proposent n'est pas une prise en charge garantie de tout dossier médical par un médecin. Ce qu'elles offrent aux citoyens est une plus grande **proximité des services** et la possibilité d'être **impliqués** dans cette offre de service.

De plus, ce qu'offre une coopérative de santé aux médecins de famille est un **lieu de pratique propice à la médecine familiale** et à **d'autres services en prévention et promotion en santé (PPS)**.

Les médecins opérant une clinique se doivent d'assumer des tâches administratives, tâches pouvant amputer leur temps de consultation. En suivant la logique selon laquelle il faut améliorer la gestion des effectif médicaux et leurs tâches, il est donc tout indiqué de laisser aux médecins et infirmières les tâches relatives aux soins et de laisser l'administration et la gestion à d'autres acteurs, tels que les coopératives de santé. Voilà pour les médecins, l'avantage de la pratique en coopérative.

Il n'est ainsi exigé du personnel médical que leurs compétences médicales. Les médecins et infirmières viennent à la coopérative pour prodiguer aux patients des soins. La qualité de vie dépeinte par les médecins pratiquant dans les coopératives de santé témoigne d'un environnement coopératif gratifiant et adapté à leurs disponibilités.

De plus, parmi leurs activités, les coopératives de santé offrent aussi des **services préventifs**. Suivant cette optique, la volonté des coopératives de santé est d'œuvrer en complémentarité des Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS). La collaboration interprofessionnelle et l'action intersectorielle sont des pratiques cliniques de pointe, mises de l'avant dans les coopératives de santé du Québec.

Ce volet est plutôt axé sur la dimension populationnelle et se veut un motivateur d'activité PPS, notamment par de saines habitudes de vie. Au dernier recensement, 56 % des coopératives de santé membres de la FCSDSQ affirmaient offrir des activités PPS.

À cet effet, les coopératives de santé ont développé différentes activités telles que des journées santé, des kiosques d'information santé, des foires santé, des clubs de marche ou encore des groupes de saines habitudes de vie. Tel que soulevé dans le budget provincial 2013-2014, on considère que 60 % des cas pourraient être prévenus avec de bonnes habitudes de vie, ceci passant par l'éducation et la prévention. Soulignons également que depuis son lancement en 2000-2001, l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) comprend une question sur l'appartenance à la communauté.

En définitive, il est clair que les coopératives de santé constituent un levier inégalé d'appartenance à la communauté et elles renforcent la participation citoyenne pour la santé. La participation citoyenne pour la santé comprend l'action de prendre part aux décisions collectives au sein d'un milieu, d'un groupe, d'une collectivité en vue d'améliorer l'état de santé d'une communauté urbaine, rurale ou éloignée, de réduire les inégalités de santé et d'augmenter le pouvoir d'agir individuel et collectif en promotion de la santé par l'intersectorialité, la littératie en santé, la transdisciplinarité et l'action sur les déterminants sociaux[ii].

Il est donc erroné de considérer les coopératives de santé telles des solutions temporaires venant pallier aux faiblesses de l'État à desservir la population québécoise. **Elles représentent plutôt un modèle de services alternatifs qui est à l'origine une initiative citoyenne, et ce, répondant à un besoin en matière de services de proximité en santé pour le bien-être des communautés.** Les approches de soins valorisées au cœur de pratiques coopératives au Québec, placent le patient au centre des soins par la prise de décision partagée, le renforcement du pouvoir d'agir des personnes et l'autonomisation.

Recommandation n° 1 : Favoriser le développement des coopératives de santé au Québec en considérant qu'elles sont des outils de démocratisation favorisant la prévention et la promotion en santé (PPS) et la vitalisation des communautés par leur offre de service.

2.4 Fonctionnement de l'organisation

La base concernant le fonctionnement d'une coopérative de solidarité santé

Les coopératives de santé sont des coopératives de solidarité. Ce faisant, selon la *Loi sur les coopératives* au chapitre IX, pour être membre d'une coopérative, une personne ou une société doit :

1° avoir la capacité effective d'être un usager des services de la coopérative;
2° faire une demande d'admission, sauf dans le cas d'un fondateur;
3° souscrire les parts de qualification requises et les payer selon le règlement;
4° s'engager à respecter les règlements de la coopérative;
5° être admise par le conseil d'administration, sauf dans le cas d'un fondateur.

Soulignons que les fondateurs ont les mêmes droits et obligations que tout autre membre et qu'une coopérative peut, par règlement, exiger de ses membres une contribution pour payer tout ou une partie de ses frais d'exploitation.

Comment viser la satisfaction des besoins des membres de la coopérative dans un régime de soins médicaux qui s'appuie sur l'absence de privilèges d'accès?

Le fonctionnement des coopératives de santé est basé sur le fait que l'adhésion est faite de façon volontaire (principe premier de l'Alliance coopérative internationale). En aucun cas, un citoyen n'est forcé d'adhérer à la coopérative. Les gens qui croient à ce projet collectif en y adhérant le font pour conserver les services à proximité de leur résidence.

De plus, afin que les membres apprécient leur expérience avec les coopératives, celles-ci souhaitent développer des services complémentaires tels des services en PPS, soit des services professionnels autres que proprement médicaux. Ainsi, les membres trouvent satisfaction non pas en ayant un accès privilégié à un médecin, mais par le fait que ce médecin est à proximité et que des services complémentaires sont offerts.

Les contrats signés par les coopératives de santé avec leurs partenaires[1]

Les coopératives de santé doivent faire face constamment au défi de trouver du financement pour leur survie. Lorsqu'elles débutent leurs opérations, les coopératives obtiennent généralement du financement provenant du milieu. Cependant, ce financement n'est pas toujours récurrent. Le financement au démarrage est généralement pour financer les infrastructures.

Par la suite, ces mêmes partenaires estiment que c'est aux membres de la coopérative de financer les coûts d'opération.

L'accès aux services médicaux dans une coopérative de santé

Les coopératives de santé ne font pas de distinction entre les membres et les non-membres. La FCSDSQ est consciente que par le passé, certaines coopératives ont octroyé des avantages indus à leurs membres en ce qui concerne l'accès à un médecin. Cependant, depuis plus de cinq ans, plusieurs moyens ont été mis en place pour remédier à cette situation : cadre de référence, campagnes de sensibilisation, audits, etc.[2]

En ce qui a trait aux plages de sans rendez-vous dans les coopératives de santé, peu importe si la personne est membre ou non. Toute personne se présentant au sans rendez-vous sera inscrite sur la liste du sans rendez-vous s'il reste de la place.

Nous croyons qu'il y a régulièrement confusion entre capacité d'offrir les services et refus d'offrir les services. Les médecins qui travaillent en coopérative sont indépendants. Ils fixent leur horaire de travail et la quantité de patients qu'ils veulent servir. Devant ce constat, la coopérative se voit dans l'obligation de refuser l'accès à plusieurs personnes chaque jour. En définitive, rien ne garantit à un citoyen qui se présente dans une clinique sans rendez-vous, coopérative ou non, de pouvoir rencontrer un médecin. Plusieurs membres de coopératives se font également refuser l'accès à un médecin faute de disponibilité.

Il est important de souligner que les coopératives de santé ont un double rôle qui parfois est source de confusion. Elles offrent des services spécifiques à leurs membres, mais offrent à l'ensemble des citoyens tous services assurés par la RAMQ.

[1] Liste de partenaires à l'annexe 4

[2] Liste des outils développés à l'annexe 1

3. Projet de loi n° 20 : Les médecins et leur pratique en coopérative de santé

3.1 Portrait des médecins et de leurs pratiques dans les coopératives de santé

La participation financière des médecins

Tel que stipulé dans le **cadre de référence** de la FCSDSQ au principe directeur 6 « *Une implication des professionnels de santé, dont les médecins* », la coopérative doit favoriser une implication des professionnels de santé, dont les médecins le cas échéant, dès le démarrage. La Fédération incite ainsi une participation financière des médecins dans la coopérative.

À cet effet, le conseil d'administration de la Fédération des coopératives de services à domicile et de santé du Québec, avec l'appui de ses membres, a unanimement adopté les mesures du cadre référence. Dans le cas contraire, les mesures suivantes s'appliquent (adopté le 6 février 2012)[3] :

1. *Obtention d'un engagement à se conformer au cadre de référence de la Fédération dans un délai raisonnable, par résolution du conseil d'administration de toutes les coopératives membres de la Fédération;*
2. *Suspension des coopératives qui refuseraient de prendre cet engagement;*
3. *Suspension des coopératives ne respectant pas le cadre de référence;*
4. *Suspension des coopératives faisant l'objet de sanctions par la Régie de l'assurance maladie du Québec en raison de la commission d'actes illégaux;*
5. *Exclusion de la Fédération, notamment en cas de récidive.*

En ce qui a trait à **l'accès aux locaux de pratique et leur prix de location**, notons que l'article 73.1 du Code de déontologie des médecins[iii] interdit aux médecins de jouir d'un immeuble ou d'un espace à titre gratuit ou au rabais pour l'exercice de la profession médicale consentie par « une autre personne dans un contexte pouvant comporter une situation de conflit d'intérêts, réel ou apparenté ». **La Fédération promeut donc le respect de cette règle déontologique auprès de ses membres en les informant régulièrement à ce sujet.**

De plus, un **modèle d'entente** entre la coopérative de santé et le médecin, fourni par la FCSDSQ, indique aux coopératives que le loyer doit être juste et raisonnable en fonction des conditions socioéconomiques locales. En ce sens, ce modèle d'entente suggère également aux coopératives de santé de prévoir une contribution aux frais de fonctionnement de la coopérative. Les médecins évoluant au sein d'une coopérative de santé ne bénéficient donc pas d'un avantage marquant sur les médecins évoluant en clinique privée quant aux frais de loyer et de fonctionnement.

[3] A ce jour l'ensemble des coopératives membres de la Fédération se sont conformées à ce cadre de référence.

Soulignons, au passage, que les médecins désirant travailler dans une coopérative de santé ne tentent pas d'obtenir des avantages financiers, car ces motivations se situent la plupart du temps non pas sur le plan monétaire, mais plutôt sur les plans social et démocratique.

Ce modèle d'entente prévoit, notamment, que les parties consentent :

- *À la communication du contrat au Collège des médecins;*
- *À une contribution financière du médecin aux frais de fonctionnement de la coopérative;*
- *À un loyer qui devrait être juste et raisonnable en fonction du marché;*
- *À de nombreuses clauses concernant les obligations de la coopérative et celles du médecin.*

Nous estimons ainsi que ce modèle d'entente n'offre pas de conditions plus avantageuses aux médecins évoluant au sein d'une coopérative de santé, sinon que ceux-ci sont libérés du volet administratif et de la gestion d'une clinique privée.

Parfois, il est question **d'incitatifs financiers** exagérés ou détournés auxquels les coopératives de santé font appel en regard du recrutement de médecins et de leur rémunération. La Fédération soutient que le **modèle d'entente entre une coopérative de santé et les médecins**, fourni par la FCSDSQ, ne confère aucun avantage assimilable à un revenu. Au contraire, ce modèle propose aux médecins de payer des frais pour le fonctionnement de la coopérative ainsi que de payer un loyer juste. Dans le même ordre d'idées, on ne peut comparer le modèle d'entente en milieu coopératif avec celui ayant eu cours entre les cliniques médicales privées et les pharmacies. En définitive, les médecins associés à une coopérative ne bénéficient d'aucun avantage pécuniaire substantiel, ceux-ci devant participer au projet collectif par le paiement d'un loyer juste et en contribuant aux frais de fonctionnement de la coopérative.

D'autre part, en plus de favoriser le sentiment d'appartenance et d'utilité sociale des médecins, la participation financière des médecins contribue à la viabilité de la coopérative. Ce principe prend en compte l'équité en matière de rémunération à l'acte majoré de 30 % à 35 %[iv] par la RAMQ pour la pratique hors établissement, lorsque appliqué. Il faut prendre en compte que les médecins pratiquant en coopérative de santé paient en majorité un loyer mensuel (selon le coût du marché) ou sinon paie un pourcentage mensuel correspondant à l'utilisation des locaux pour leur pratique.

Les avantages pour les médecins d'exercer en coopérative

Une tendance se dessine dans la pratique de la médecine au Québec. En effet, les médecins tendent à choisir une pratique axée sur les soins plutôt que sur l'acquisition et la gestion d'une clinique privée qui exige du temps et des ressources. Cette tendance vient principalement des **jeunes médecins** qui préconisent un changement de valeurs dans leurs pratiques à l'égard de l'amélioration de leur qualité de vie. Par conséquent, la pratique en coopérative est particulièrement adaptée à leur style de vie.[v]

Pour les médecins plus âgés la pratique en coopérative est aussi très intéressante car elle concorde souvent avec la volonté de se délester des tâches liées à la gestion des ressources humaines, des tâches administratives et des responsabilités immobilières. Cela permet souvent de retarder les départs à la retraite puisqu'elle permet au médecin de réduire le nombre d'heures travaillées par semaine, heures de travail qui étaient souvent consacrées à autre chose que les soins.

En ce qui a trait à la féminisation de la main-d'œuvre en médecine familiale, on observe qu'en 2011, les femmes occupaient un peu plus de 51% des postes d'omnipraticiens[vi]. Les prévisions indiquent que la proportion de femmes occupant des postes de médecins omnipraticiens augmentera au cours des prochaines années, car elles représentent selon les années 60 % à 70 % des nouveaux diplômés du doctorat en médecine[vii]. La féminisation des effectifs médicaux n'est pas un problème en soi, mais les obligations familiales et parfois la double charge avec les tâches domestiques s'ajoutent aux facteurs de conciliation travail-famille des femmes[viii]. Considérant les énoncés précédents, la pratique en coopérative de santé permet une plus grande flexibilité au niveau des horaires de travail.

Recommandation n° 2 : En définitive, la FCSDSQ recommande que la formule des coopératives de santé soit connue et reconnue dans le milieu de la médecine, et cela grâce au soutien marqué du MSSS et de ses relais sur le terrain tout particulièrement avec les CISSS.

La médecine à temps partagé dans les coopératives de santé

Au Québec, on constate l'existence d'une médecine à temps partagé. Les temps partiels s'additionnant entre leurs différents lieux de pratique, permettent ainsi au médecin de travailler à temps plein dans des points de services diversifiés. D'ailleurs, ceci correspond à une tendance remarquée au Québec à savoir que les omnipraticiens travaillent dans au moins deux lieux de pratique[ix].

Les travaux d'analyse de la Fédération laissent à penser que cette logique de pratique à temps partiel dans des points de services diversifiés est en grande partie la résultante des obligations légales des médecins notamment avec les activités médicales particulières (AMP). Les coopératives de santé sont conscientes qu'il faut éviter l'éparpillement et l'isolement des professionnels de santé. Néanmoins, la pratique à temps partiel est incontournable pour offrir une offre de service équitable et de qualité plus particulièrement dans les régions éloignées.

Considérant ce contexte, les coopératives se sont adaptées afin d'offrir des lieux de pratique qui répondent de manière efficiente à ces obligations. Les coopératives de santé offrent donc la possibilité de pratiquer à temps partiel à la coopérative, laissant ainsi la liberté aux médecins de compléter leurs heures (équivalent temps plein) ailleurs, que ce soit à l'urgence, en cabinet médical ou autres. C'est pourquoi il n'est pas rare de voir travailler quatre ou cinq médecins dans une même coopérative de santé pour offrir l'équivalent d'une plage horaire à temps plein.

Avec le projet de loi n° 20, les remontées du réseau des coopératives de santé sont partagées sur les conséquences de celui-ci sur le travail à temps partiel des médecins. De prime à bord, l'obligation pour les médecins d'augmenter leur nombre de dossiers médicaux laissait entendre que le projet de loi favoriserait indirectement l'arrivée de nouveaux médecins à temps partiel dans les coopératives de santé afin de répondre aux exigences attendues par le ministre. Ceci répondant aux clientèles orphelines particulièrement ciblées dans les milieux où se sont créées les coopératives de santé. À noter qu'environ la moitié des coopératives de santé se sont créées, car les services étaient inexistant dans la communauté.

Suite aux consultations menées dans le réseau des coopératives de santé, les retombées positives attendues ne sont pas aussi évidentes que prévu. En effet, il semble que nous devons également considérer certaines conséquences négatives. À titre d'exemple, une coopérative pourrait voir des médecins quitter la coopérative pour concentrer leur pratique en un seul lieu où les actes médicaux sont davantage rémunérés, annihilant du même coup l'effet des pénalités prévues dans le projet de loi n° 20.

Néanmoins, malgré les aspects négatifs soulevés par certains membres, advenant l'adoption du projet de Loi n°20 sous cette forme ou avec des modifications, il n'en demeure pas moins que les médecins devront avoir davantage de patients à leur charge au cours des prochains mois et années, dont des patients orphelins. C'est pourquoi les coopératives de santé se positionnent telles des solutions pour les médecins cherchant de nouveaux patients, ceci considérant la clientèle et les territoires desservis par le réseau.

Recommandation n° 3 : Advenant les possibles conséquences négatives, nous souhaiterions que des incitatifs positifs soient prévus aux règlements du projet de loi n°20 afin d'encourager les médecins dans leur pratique de première ligne hors des établissements de santé. Il est essentiel d'y inclure les coopératives de santé afin de respecter les outils de développement dont se sont dotées les communautés.

Recommandation n° 4 : Advenant qu'une coopérative de santé soit dans une zone considérée comme démédicalisée, la Fédération recommande que pour ces coopératives, les heures d'AMP soient comptabilisées lorsqu'elles sont effectuées au sein de la coopérative.

Recommandation n° 5 : Advenant qu'une coopérative de santé soit dans une zone avec une masse critique de patients orphelins, la Fédération recommande que les médecins pratiquant dans la coopérative puissent faire reconnaître leurs heures d'AMP lorsqu'ils offrent des services (avec ou sans rendez-vous) à cesdits patients orphelins.

La non-compétitivité des coopératives de santé en regard du recrutement des nouveaux médecins

Malgré le fait que le modèle coopératif soit particulièrement intéressant pour les médecins, comme nous l'avons démontré précédemment, le **recrutement des médecins** demeure un aspect de développement prioritaire et incontournable.

Comme nous l'avons expliqué au cours de ce mémoire les coopératives de santé ont vu le jour principalement pour deux raisons :

- reprendre le flambeau d'un cabinet médical allant fermer ses portes;
- Se doter de services inexistants dans leur milieu.

Les coopératives de santé sont donc présentes dans des endroits ou la proximité d'accès aux médecins est plus problématique.

Le **Plan régional d'effectifs médicaux (PREM)** est une initiative gouvernementale visant à assurer à la population de chaque région une part équitable de services et à privilégier l'installation des médecins requis pour offrir ces services dans la région des bénéficiaires, et ce, en reconnaissant que ce ne sont pas toutes les régions du Québec qui bénéficient du même niveau d'accessibilité aux soins de santé.[x]

Le réseau des coopératives œuvre également en ce sens et souhaite appuyer le ministère et la Régie dans leurs initiatives. Cependant, le réseau des coopératives de santé ne peut que constater qu'il n'est très rare que des PREM viennent travailler dans leurs coopératives. Il semble essentiel que des démarches de valorisation du modèle coopératif, appuyé par le réseau de la santé, soient faites auprès des résidents et des médecins puisque les zones couvertes par les coopératives sont les zones visées par le présent projet de loi :

> *« La présente loi vise à optimiser l'utilisation des ressources médicales et financières du système de santé dans le but d'améliorer l'accès aux services de médecine de famille ».*

Ceci afin de permettre au Québécois d'avoir sur l'ensemble du territoire un accès bonifié à des soins de santé de première ligne.

Peu importe les modèles de services, ce sont les citoyens qui en assument collectivement les coûts. Ils devraient donc pouvoir être assurés que l'accessibilité à des soins de première ligne de proximité dans leurs milieux ne ce butte pas à la méconnaissance du modèle coopératif comme lieu d'accueil des médecins.

Recommandation n° 6 : En regard de l'expression des besoins des soins de première ligne par les communautés et des objectifs poursuivis par le projet de loi n° 20, le réseau de la santé devrait reconnaître les coopératives de santé comme des lieux d'accueil privilégiés (leviers de développement) favorisant une saine répartition des effectifs médicaux au Québec.

3.2 Un encadrement légal soutenu

Suite à une problématique concernant la conformité de certaines coopératives de santé notamment sur :

- Le respect du principe d'accessibilité à un médecin, sans frais ou autres obligations;
- L'obligation d'afficher les tarifs à l'égard des services non assurés.

La RAMQ a mené des enquêtes qui ont permis de constater un problème de perception de la part de certaines personnes assurées, membres de coopératives de santé relativement à l'obligation de devenir membre pour avoir accès à un médecin ou encore pour obtenir une priorité d'accès à un médecin.

Suite à ce constat, un comité tripartite réunissant la FCSDSQ, le MSSS et la RAMQ a été mis sur pied. Ce comité a travaillé à l'élaboration de documents et d'outils à l'intention des coopératives de santé afin de s'assurer que l'information qui circule, tant auprès des coopératives de santé qu'auprès des personnes assurées, est exacte et les renseigne adéquatement.

Ces outils ont été donnés à l'ensemble des coopératives de santé du Québec, ils ont aussi été transmis au :

- Collège des médecins du Québec (CMQ)
- Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ)
- Fédération des médecins résidents du Québec (FMRQ)
- À l'ensemble des centres de santé et de services sociaux
- Seront transmis à l'ensemble des futurs Centres intégrés de santé et des services sociaux (CISSS)

À l'heure actuelle, l'ensemble des coopératives de santé du Québec se sont conformées à la réglementation. Plus aucune coopérative de santé n'ait actuellement sous enquête par la RAMQ. Elles ne représentent donc plus une problématique particulière pour la RAMQ.

Par conséquent, la FCSDSQ est en mesure d'estimer que le cadre légal entourant les coopératives de santé est amplement suffisant. Il suffit de le faire respecter. Les coopératives de santé doivent donc s'assurer de connaître et de respecter les lois applicables et les règles déontologiques, et ce, par des outils et un encadrement de leur pratique.

À cet effet, la Fédération a tenu plusieurs rencontres provinciales et informé à maintes reprises les membres notamment sur l'importance d'offrir l'accès aux médecins à tout citoyen, membre ou non-membre de la coopérative, sur les soins et services assurés et non assurés par la RAMQ ainsi que sur les règles à respecter en tant que coopérative.

Concernant le débat à savoir si **les services non assurés** peuvent faire l'objet d'un accès réservé ou inclus dans les frais d'inscription des membres à la coopérative de santé ou de leur contribution annuelle, et ce, sans préjudice, la Fédération souligne que sur le plan légal, les coopératives peuvent offrir des services non assurés par la RAMQ à leurs membres. Les services non assurés fournis par des médecins sont facturés à la pièce conformément à l'article 22.0.0.1 *Loi sur l'assurance maladie*[xi] et les membres de la coopérative peuvent généralement bénéficier d'un rabais. Quant aux services (non-assurés) offerts par d'autres professionnels de la santé, nous estimons que les contributions annuelles des membres peuvent être utilisées pour financer de tels services.

CONCLUSION

En définitive, la Fédération des coopératives de services à domicile et de santé du Québec est convaincue qu'en tant que société moderne, nous nous devons de changer nos paradigmes concernant l'organisation des services de santé de première ligne pour en améliorer l'accessibilité et la proximité. Nous croyons que l'objectif poursuivi par le ministre à travers le projet de loi n° 20 est particulièrement louable. Toutefois, la Fédération est consciente que le projet de loi n° 20 peu ou a pu braquer une partie du personnel médical notamment les médecins, alors que quoi qu'il arrive le corps médical fait partie intégrante de la solution.

La mise sur pied de coopératives de santé répond aux mêmes objectifs que ceux poursuivis par le projet de loi, soit d'optimiser l'utilisation des ressources médicales dans le but d'améliorer l'accès aux services de médecine de famille à la population du Québec. C'est pourquoi il est nécessaire de favoriser une meilleure connaissance et une meilleure utilisation des coopératives par le réseau de la santé, afin de répondre aux objectifs du ministre. De surcroît, la formule coopérative est porteuse de valeurs et de principes menant une société à impliquer le citoyen au cœur de processus décisionnels, lesquels sont directement reliés au développement de services de proximité de leur communauté.

Il ne fait nul doute pour la Fédération que l'émergence des coopératives de santé est souhaitable et nécessaire pour garantir le bien-être des communautés dans les années à venir. En bénéficiant d'une reconnaissance de la part des instances gouvernementales, le réseau des coopératives de santé pourra se développer avec une meilleure concertation avec le système de santé publique. Nous rappelons qu'en réalité, il y a plus d'opportunités que de menaces associées au développement des coopératives de santé qui sont en fait un modèle simple qui gagnerait à être utilisé de manière à être exploité au bénéfice de la population québécoise. En ce sens, le réseau des coopératives de santé et la Fédération réitèrent leur volonté à travailler de concert avec les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux au Québec.

À titre de Fédération, nous croyons fermement que le réseau des coopératives de santé contribue par sa mission et ses valeurs, à bonifier l'offre de service de santé de première ligne, tout en constituant un levier de développement positif dans chaque municipalité où les coopératives de santé œuvrent. En raison de leur attractivité, les coopératives de santé contribuent à leur façon au développement durable du Québec et à l'occupation du territoire à bien des égards.

Au final, ce mémoire fait état de certains constats en regard du réseau des coopératives de santé au Québec et de sa volonté à desservir au mieux les communautés. Rappelons finalement que, peu importe où se trouvent les coopératives de santé (urbaines, périurbaines, rurales), l'idéologie derrière elle est porteuse d'un message de solidarité, d'équité et de qualité.

ANNEXE 1 : Répertoire des outils développés par la Fédération des coopératives de services à domicile et de santé du Québec

- Guide de démarrage
- Cadre de référence
- Politique de conformité adoptée par le conseil d'administration de la FCSDSQ
- Processus de conformité
- Protocole de traitement des appels
- Portrait des coopératives de santé 2012
- Modèle d'entente écrite (médecin et GMF)
- Plan de promotion des coopératives de santé du Québec
- Rôles, tâches et pouvoirs administratifs
- Déclaration de Lévis à Québec pour les coopératives de santé dans le monde
- Cadre opérationnel des coopératives de santé au Québec
- Manuel de l'employé déterminant les principales conditions de travail
- Enquête sur la rémunération dans le secteur des coopératives de santé
- Tableau de bord (financier) pour les coopératives de santé du Québec (tant réseau que part coopérative)
- Guide de développement durable (publication à venir 2015)
- Trousse du nouveau membre (publication à venir 2015)
- Trousse PPS clientèle jeune (milieu scolaire) et adulte (milieu entrepreneurial) (publication à venir 2015)
- Outil en ressources humaines pour la gestion de la clientèle difficile (publication à venir 2015)
- Dossiers de presse et brochure de présentation du secteur (publication à venir 2015)
- Guide d'accompagnement des coopératives de santé dans le développement de services complémentaires (publication à venir 2015)
- Recueil de conseils pratiques pour l'attrait et la fidélisation des ressources médicales et des membres (publication à venir 2015)
- Étude d'opportunités pour soutenir et encadrer le développement des coopératives de santé au Québec (publication à venir 2015)
- Formation sur le développement de services en PPS

ANNEXE 2 : Synthèse des forces, faiblesses et opportunités du réseau des coopératives de santé au Québec

FORCES

- Démocratisation des soins par une prise en charge citoyenne voulant se doter de services de proximité en santé de première ligne, et ce, pour l'ensemble d'une communauté (pas simplement pour les membres de la coopérative);
- Travail en collaboration avec les acteurs locaux en santé, dont les CSSS et les CLSC, pour un recrutement d'effectifs médicaux appropriés;
- Distinction du modèle coopératif en santé par l'introduction d'un large panel de services complémentaires en prévention et promotion en santé à l'ensemble des services curatifs offerts;
- Les coopératives de santé constituent des pôles d'attraction pour regrouper d'autres services de santé et de bien-être en complément des services curatifs offerts par des médecins;
- Situées dans des régions où il y a un déficit accru de médecins de famille et peu de prospects sans une initiative citoyenne;
- Modèle d'affaires permettant aux médecins de prodiguer des soins alors que les tâches administratives sont prises en charge par la coopérative (amélioration de la productivité des médecins);
- Généralement reconnues pour favoriser une répartition équitable des ressources médicales sur le territoire québécois et dans les petites communautés;
- Les coopératives de santé œuvrent pour la démocratisation des services de soins de santé au Québec;
- Plusieurs projets en cours en prévention et promotion de la santé;
- Développement d'outils pour des projets en prévention et promotion de la santé pouvant être implantés dans le réseau des coopératives de santé de la FCSDSQ.

FAIBLESSES

- Manque de reconnaissance institutionnelle et de compréhension du modèle d'organisation des coopératives de santé;
- Financement des activités de la coopérative encore précaire, et ce, tout en considérant que le réseau des coopératives de santé n'a bénéficié ni par le passé ni actuellement d'un soutien financier public direct;
- Fragilité du membership (contribution annuelle remise en cause dans l'opinion publique);
- Attentes des citoyens en regard de l'accessibilité à un médecin de famille alors que les coopératives de santé ne garantissent pas d'accès privilégié à un médecin;
- Collaboration avec le réseau de la santé et des services sociaux à consolider;
- Pas de répondant officiel au MSSS, ni à la RAMQ pour les coopératives de santé;
- Confusion entre coopérative de santé et clinique privée;
- Difficulté à recruter de jeunes médecins pour pratiquer en milieu rural et anticipation de plusieurs départs à la retraite de professionnels de la santé.

OPPORTUNITÉS

- Comité et table de travail à la FCSDSQ :
  - Comité expert santé;
  - Comité consultatif sectoriel santé;
- Considération des coopératives de santé dans l'*Entente particulière relative à la participation des médecins omnipraticiens au Dossier de santé du Québec et au Programme québécois d'adoption du dossier médical électronique* (DSQ et DME);
- Rôle accru dans les initiatives de prévention et promotion en santé et du bien-être;
- Analyse réalisée de deux outils en prévention de la maladie et promotion de la santé :
  - Cercle préventif Hans Kaï *(chercheuse externe);*
  - Groupe Hans Kaï *(collaboration de coopératives de santé membres de la FCSDSQ);*
- Positionnement associatif avec l'AQESSS;
- Travail conjoint avec le MAMROT;
- Plusieurs programmes portés par le MSSS en matière de prévention et promotion de la santé.

ANNEXE 3 : Déclaration de Lévis au Québec 2012

DÉCLARATION DE LÉVIS AU QUÉBEC 2012
ADOPTÉE DANS LE CADRE DU FORUM INTERNATIONAL DES COOPÉRATIVES DE SANTÉ
« LES COOPÉRATIVES POUR UN MONDE MEILLEUR »
Québec, 12 octobre 2012

Préambule

Présentes sur les cinq continents, de tailles et de formes variées, animées d'une philosophie d'action qui repose sur la prise en charge individuelle et collective, les coopératives de santé enrichissent les différents systèmes sociosanitaires par leur caractère innovant, leurs valeurs de participation, de démocratie et d'intercoopération entre partenaires socioéconomiques.

Nous inspirant des réflexions et recherches les plus récentes sur le sujet, nous partageons la définition suivante de la santé : c'est *un processus dynamique personnel, social, spirituel, émotionnel et collectif, d'adaptabilité, de capacité à résister aux épreuves, de vitalité et d'épanouissement. La santé est un droit fondamental pour tous et une ressource pour accomplir les activités quotidiennes avec plaisir et énergie.*

Nous, participants du IV[e] Forum international des coopératives de santé 2012 :

1. Reprenons à notre compte les cinq résolutions de la déclaration de Tokyo de 2007 portant respectivement sur : - la lutte à la pauvreté - l'établissement de la paix - la protection de l'environnement - la création de communautés saines et - le développement des ressources professionnelles en santé en quantité suffisante.
2. Réitérons notre volonté d'impliquer les membres ou diverses catégories de membres lorsqu'il s'agit de coopératives à partenaires multiples, dans la conception, l'orientation, le développement et l'évaluation des services de santé offerts par nos coopératives.
3. Rappelons avec force les principes et les dispositions qui figurent dans la constitution de l'Organisation mondiale de la santé (1948), et qui ont été présentés lors de multiples conférences internationales sur la promotion de la santé, soit le caractère essentiel de l'équité en santé. En ce sens, l'accès aux services de santé primaires pour tous doit rester une priorité.
4. Reconnaissons que la meilleure façon d'atteindre les objectifs de promotion de la santé et de prévention de la maladie consiste à agir sur les déterminants sociaux de la santé avec une attention toute particulière aux maladies non transmissibles liées aux habitudes et aux conditions de vie, conformément à la recommandation de l'Organisation mondiale de la santé.
5. Estimons que le temps est venu de sonner l'alarme sur l'augmentation fulgurante des problèmes de santé mentale afin de stimuler la réflexion et l'action internationale coordonnée et stratégique en matière de promotion de la résilience psychologique individuelle et collective.
6. Saluons des initiatives en réseaux telles Villes et villages en santé et Municipalités amies des aînés qui notamment au Canada et au Québec ont permis de poser des gestes concrets rejoignant les citoyens dans leur quotidien, et ce, dans un cadre collaboratif société civile-institutions gouvernementales, augmentant la qualité de vie, le bien-être, le pouvoir d'agir et l'intelligence collective.
7. Encourageons la multiplication des approches multisectorielles et pansociales à ce qui s'avère de plus en plus, des problèmes de santé globaux ainsi que l'intégration de la santé dans la formulation de toutes les lois et politiques.
8. Souhaitons que la proclamation par l'Organisation des Nations Unies, 2012, Année internationale des coopératives permette que le sens de la responsabilité personnelle et solidaire propre au mouvement coopératif se transmette aux peuples, aux puissances économiques et aux gouvernements de toutes les nations, afin que le XXI[e] siècle devienne celui de la « coopération internationale » et non celui de la « compétition internationale »!

Dans cinq ans, nous nous rassemblerons de nouveau pour en mesurer les effets et explorer les nouvelles avenues de progrès.

ANNEXE 4 : Des partenaires

La Fédération des coopératives de services à domicile et de santé du Québec

La Fédération des coopératives de services à domicile et de santé du Québec (FCSDSQ) a pour mission d'assurer la coordination et le développement de réseaux de concertation et d'offrir des services répondant aux besoins exprimés par ses membres, les différentes coopératives de santé présentes sur le territoire du Québec, afin de les appuyer dans la réalisation de leur mission avec efficacité et autonomie.

Elle a pour mandats de soutenir le développement stratégique et durable des coopératives de santé et de veiller à la défense de leurs intérêts. Dans le cadre de ces mandats, la FCSDSQ assume 3 grands volets d'intervention :

- Information, réseautage et concertation;
- Représentation et promotion;
- Services adaptés et avantages.

Le panier de services de la FCSDSQ offert aux membres des regroupements affiliés comporte des :

- Formation;
- Gestion d'entreprise;
- Gestion des ressources humaines;
- Marketing et développement des affaires;
- Juridique;
- Recherche et développement;
- Représentations gouvernementales;
- Réseautage et concertation;
- Santé et sécurité du travail.

Dans la livraison de l'offre de service à ses coopératives membres, la FCSDSQ bénéficie d'un soutien financier provenant d'une entente de partenariat intervenue entre elle, le ministère de l'Économie, de l'Innovation et des Exportations par sa Direction du développement des coopératives et le Conseil québécois de la coopération et de la mutualité (CQCM).

La Fédération des coopératives de développement régional du Québec

La Fédération des coopératives de développement régional du Québec (FCDRQ) a pour mission de coordonner le réseau des coopératives de développement régional (CDR) et d'en assumer la représentation.

Elle assure le leadership en matière de concertation et de développement régional coopératif et donne vie aux orientations du réseau par son implication et son initiative. Il existe une CDR pour chaque région administrative du Québec.

Le principal objectif d'une CDR est de contribuer au démarrage de nouvelles coopératives et de leur offrir des services subséquents leur permettant de consolider leurs opérations. Dans la réalisation de leur mission, les CDR rejoignent la politique de développement des coopératives du gouvernement du Québec qui a pour but d'accélérer le rythme de développement des coopératives et qui reconnaît et appuie leurs mandats de soutenir et encourager ce développement sur leur territoire.

Les municipalités

Les municipalités du Québec ont des pouvoirs et responsabilités sur les services de proximité reliés directement à la population locale. Il s'agit du palier politique le plus près du citoyen, lequel peut donc influencer directement les élus locaux.

Le rôle des municipalités est également de soutenir les initiatives citoyennes, non pas en les subventionnant, mais par leur appui en élevant la crédibilité de ces initiatives qui permettront à leurs promoteurs d'ouvrir des portes et de réaliser d'autres partenariats. Il est important que la municipalité appuie le projet de coopérative de santé pour qu'il puisse voir le jour, ceci étant particulièrement vrai dans le milieu rural.

Les municipalités régionales de comté (MRC)

Les municipalités régionales de comté (MRC) regroupent les municipalités d'un territoire donné. Leur conseil est composé des maires de ces municipalités, dont le maire de la localité pouvant être celui qui a vu naître un projet de coopérative de santé. Ce dernier peut, à l'occasion, se faire le porte-parole du projet auprès du conseil de la MRC.

Les agences de la santé et des services sociaux (ASSS) et centres de santé et de services sociaux (CSSS)

Le réseau de la santé de chaque région est un allié précieux. Les CSSS sont des spécialistes de la santé dans les localités. Ils ont conçu un plan de santé qui vise à rejoindre sensiblement les mêmes objectifs que ceux poursuivis par les coopératives de santé, à savoir : offrir des services de santé de qualité visant à l'amélioration de la qualité de vie des populations qu'ils desservent. Les CSSS peuvent aider les coopératives de santé en les éclairant sur leurs rôles et leurs mandats en matière de santé. Il est souhaitable pour toute coopérative de santé d'obtenir l'aval de son ASSS, celle-ci ayant en partie la responsabilité du plan régional des effectifs médicaux (PREM).

Le Mouvement Desjardins

Les directeurs et les dirigeants de caisses Desjardins connaissent ce qu'est une coopérative. De plus, ils assument la gestion et le développement des coopératives financières au bénéfice des membres de la coopérative et du développement du milieu dans lequel elles évoluent. Il s'agit d'une expertise humaine, financière et organisationnelle très importante pour un tel projet. Les gestionnaires de la caisse ou un représentant du conseil d'administration de celle-ci sont souvent invités à participer à la démarche.

À noter que Desjardins est, la plupart du temps, l'institution financière de choix en regard de son appréciation des principes du mouvement coopératif. En effet, il est clair que les caisses contribuent activement au prédémarrage, démarrage et au financement de la coopérative de santé dans la très grande majorité des cas.

Les sociétés d'aide au développement des collectivités (SADC)

Les SADC sont en mesure d'accompagner les entrepreneurs grâce aux outils suivants :

- Un fonds d'investissement collectif favorisant la création, le maintien et le développement d'emplois;
- Un accompagnement de chaque entreprise selon sa réalité et ses besoins (recherche et développement, nouvelles technologies, exportation, marketing, etc.). Les SADC possèdent des outils de financement afin d'aider les promoteurs à réaliser leurs projets.

Organismes communautaires

Plusieurs organismes communautaires présents à travers le Québec et dans les communautés remplissent des mandats bien définis, notamment en santé publique. L'appui d'organismes communautaires peut s'avérer essentiel afin que tous les acteurs puissent jouer leur rôle de façon complémentaire. Les agences de santé et de services sociaux sont en mesure de partager le répertoire de ces organismes.

[i] SHIELDS M. 2008. « Appartenance à la communauté et autoévaluation de l'état de santé », Rapports sur la santé, produit n° 82-003 au catalogue de Statistique Canada, vol. 19, n° 2, p. 57 à 67.

[ii] LAPIERRE, J. & BOUCHER, J. et al. (2014). Rapport final FRQS : Quartiers en santé pour la prévention de l'obésité par la transformation des politiques municipales, le capital social et la participation citoyenne, 2010-AC-137224. Mars 2014.

[iii] R.R.Q., C. M-9, r.17.

[iv] HÉBERT Réjean, PRÉMONT Marie-Claude. « Les coopératives de santé : entre compétition commerciale et solidarité sociale », Politique et droit de la santé, 8 mars 2010, 51 p.

[v] BRASSARD, Marie-Joëlle et DAROU, Jocelyn. *Portrait des coopératives s de santé au Québec : des pouvoirs à partager*. Cahier de l'ARUC-DTC, Série « Recherche », numéro 11, octobre 2012, 74 p.

[vi] Panorama des régions du Québec, ISQ, juin 2013

[vii] Statistique Canada, « Omnipraticiens et médecins en médecine familiale », 2013, [en ligne] http://www.servicecanada.gc.ca/fra/qc/emploi_avenir/statistiques/3112.shtml.

[viii] DUXBURY, Linda et HIGGINS, Chris. « Principales constatations et recommandations de l'Enquête de Santé Canada sur le conflit entre le travail et la vie personnelle (2001) », Santé Canada, rapport 6, janvier 2009.

[ix] *Op.cit.,* Statistique Canada, « Omnipraticiens et médecins en médecine familiale », 2013.

[x] Site du ministère de la Santé et des Services sociaux, *Plans régionaux d'effectifs médicaux (DME),* [en ligne] - http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/medecine/prem/

[xi] L.R.Q. c. A-29.

La Fédération
des coopératives
de services à domicile
et de santé
du Québec