

Politiques et droit de la santé

Les coopératives de santé : entre compétition commerciale et solidarité sociale*

Réjean HÉBERT

MD MPhil, Chercheur émérite du Réseau de recherche en santé des populations et doyen de la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke

Marie-Claude PRÉMONT

Ingénieure et avocate, professeure titulaire à l'École nationale d'administration publique

Le débat est ouvert à savoir si le Québec présente une pénurie marquée de médecins omnipraticiens¹ ou si les difficultés d'accès à un médecin de famille pour plus de 25 % de la population québécoise ne seraient pas surtout dues à une utilisation déficiente des ressources existantes². Il ne fait toutefois pas de doute pour quiconque que la répartition des effectifs à travers le territoire

représente un défi constant, notamment dans les régions rurales et périphériques³. Notre propos ne vise pas à expliquer pourquoi le Québec se place au dernier rang des provinces canadiennes pour l'accès au médecin de famille même s'il figure en troisième meilleure place pour le nombre de médecins par 1000 habitants⁴. Nous allons plutôt nous pencher sur une des réponses proposées pour

* La recherche est à jour au 8 mars 2010.

¹ La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) estimait à 760 médecins de famille le nombre supplémentaire dont le Québec aurait besoin pour mettre fin à la pénurie: Lia LÉVESQUE, « Il manque 760 médecins de famille au Québec », *Le Soleil*, 9 octobre 2008, p. 12.

² François-Pierre GLADU, « La pénurie réelle ou ressentie de médecins de famille au Québec », (2007) 53-11 *Canadian Family Physician* 1871.

³ Carl THÉRIAULT, « La pénurie de médecins frappe les régions de plein fouet », *Le Soleil*, 24 mai 2008, p. 6.

⁴ Selon une enquête de Statistique Canada menée en 2005, le pourcentage de personnes de 12 ans et plus n'ayant pas de médecin de famille était de 24,2 % au Québec, suivi de l'Alberta avec 17,2 %. L'Ontario se situe à 8,8 % et la Colombie-Britannique à 10,8 %, pendant que le taux de l'ensemble du Canada est à 14,0 %; Guillaume BOURGAULT-CÔTÉ, « Les patients orphelins se multiplient au Québec », *Le Devoir*, 3 novembre 2006, p. A5.

attirer ou conserver le médecin de famille dans certaines communautés: la formule de la coopérative de santé.

Dès 1996⁵, mais surtout depuis 2000 avec une accélération marquée depuis 2005⁶, devant la menace de fermeture de la clinique médicale locale⁷ ou à la pénurie d'une telle ressource sur leur territoire, des communautés se sont mobilisées à travers le Québec pour créer des coopératives de santé. On cherche ainsi à «mettre en place des mesures facilitatrices pour permettre aux médecins de pratiquer» la médecine familiale, en mettant à leur disposition des locaux, des équipements et des ressources humaines qui prennent en charge certaines tâches de gestion de personnel, d'immeuble ou de programmes de santé en permettant une pratique dans un cadre de vie intéressant⁸.

Nous limiterons notre propos aux coopératives de santé qui offrent des services médicaux couverts par la Régie de l'assurance-maladie du Québec. Ces initiatives, en principe compatibles avec l'objectif du gouvernement du Québec d'une occupation dynamique du territoire⁹, reposent sur une volonté ferme de prise en main de la communauté, privée d'un service de santé essentiel. La démarche s'exerce dans une perspective de solidarité, telle que définie par le mouvement coopératif et la législation qui l'encadre¹⁰.

L'analyse préliminaire des coopératives de santé permet de toucher à certains enjeux, en plus de mettre sur table la contribution de ce type de structure au sein du système de santé québécois, tout en posant la question des relations qu'elles sont susceptibles d'entretenir avec les partenaires du milieu et notamment avec les autorités municipales.

Pendant que certains accueillent avec beaucoup d'enthousiasme cette nouvelle forme que peut prendre la pratique médicale¹¹, d'autres posent des objections¹² auxquelles il est pertinent de s'attarder. Nous profiterons de cette analyse

⁵ La première coopérative de santé est celle de St-Étienne-des-Grès, Coopérative de solidarité santé Les Grès, mise sur pied en 1996. Pour un bref historique de cette coopérative, on peut consulter: Jean-Pierre GIRARD, *Notre système de santé, autrement*, Montréal, Éditions BLG, 2006, p. 93-96.

⁶ Le Conseil de la coopération du Québec en dénombrait 13 en opération et 4 en phase de démarrage en 2006: CONSEIL DE LA COOPÉRATION DU QUÉBEC, *La voie coopérative pour des citoyens à la gouverne de leur santé*, mémoire déposé à la Commission parlementaire des Affaires sociales sur le document *Garantir l'accès: un défi d'équité, d'efficience et de qualité*, mars 2006, p. 15.

⁷ Parfois en raison du départ à la retraite du médecin.

⁸ Marie-Joëlle BRASSARD, «Vers une gouverne de leur santé par les citoyens!», (2007) 97-4 *L'Action nationale* 56.

⁹ MINISTÈRE DES AFFAIRES MUNICIPALES, RÉGIONS ET OCCUPATION DU TERRITOIRE, *Économie sociale et occupation du territoire*, Colloque provincial sur les coopératives de santé, Montréal, 29 avril 2009, présentation disponible en ligne: <<http://www.fcsdsq.coop/>>.

¹⁰ *Loi sur les coopératives*, L.R.Q., c. C-67.2.

¹¹ *L'Action nationale* a consacré un numéro spécial sur les coopératives de santé, avec plusieurs contributions très favorables: «Dossier: Regards sur les coopératives de santé», (2007) 97-4 *L'Action nationale*.

¹² Jean-Yves PROULX, «Les coops de santé: un scandale», *Le Nouvelliste*, 29 janvier 2009.

pour soumettre d'autres questions ou hypothèses jamais encore formulées.

Après avoir décrit les coopératives de santé et l'équilibre qu'elles cherchent à établir entre les besoins des membres de la coopérative, les droits des citoyens de la communauté et les demandes des médecins, nous allons nous pencher sur les mécanismes publics et privés qui influencent la répartition des effectifs médicaux sur le territoire, afin de mieux cerner le contexte dans lequel se déploient les coopératives de santé. Nous verrons que les politiques publiques visant à influencer la répartition des effectifs médicaux à travers les régions du Québec sont confrontées aux offensives commerciales des chaînes de pharmacies engagées dans une virulente compétition de partage du lucratif marché québécois de la vente de médicaments. Cette observation nous permettra de mieux comprendre pourquoi les coopératives de santé qui, d'une part, plaident pour une approche sociale et solidaire des services médicaux sont, d'autre part et sans doute malgré elles, engagées dans des stratégies d'attraction du corps médical en tout point similaires à celles mises en place par les pharmacies qui se font en contradiction aux règles de déontologie professionnelle.

I. Qu'est-ce qu'une coopérative de santé?

A. Une coopérative de solidarité

Le Québec compte actuellement une quarantaine de coopératives de santé, en opération ou en phase de démarrage, dispersées sur le territoire, surtout dans les

régions rurales et périphériques des grands centres. On note qu'elles sont en contrepartie moins présentes dans les milieux métropolitains ou dans les régions ressources¹³. Elles se situent surtout dans les régions de la Mauricie-Centre-du-Québec (11), la Montérégie (7), l'Outaouais (5), Chaudière-Appalaches (4); d'autres se retrouvant en Estrie (3), dans les Laurentides (3), la Capitale-Nationale (2), Montréal (2), le Bas-St-Laurent (1), Lanaudière (1), et en Abitibi-Témiscamingue (1)¹⁴.

Les coopératives de santé appartiennent à une sous-catégorie particulière de coopératives, introduite en 1997 dans la législation québécoise¹⁵, que l'on dénomme coopérative de solidarité. La coopérative de solidarité doit, selon la loi, présenter au moins deux des trois catégories possibles de membres: les membres utilisateurs (personnes ou sociétés qui utilisent les services offerts), les membres travailleurs (des personnes physiques œuvrant au sein de la coopérative) et des membres de soutien (toute autre per-

¹³ MINISTÈRE DU DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUE, DE L'INNOVATION ET DE L'EXPORTATION (MDEIE), DIRECTION DES COOPÉRATIVES, *Les coopératives de santé au Québec*, Montréal, 29 avril 2009.

¹⁴ Patrice LEBLANC, *Portrait des coopératives de santé du Québec*, UQAT, Colloque provincial sur les coopératives de santé, Montréal, 29 avril 2009. Ce portrait est tiré d'une enquête menée par la Fédération des coopératives de services à domicile et de santé du Québec (FCSDSQ) pour laquelle vingt-quatre (24) des quarante (40) questionnaires postés ont été complétés et retournés.

¹⁵ *Loi modifiant la Loi sur les coopératives afin de permettre la constitution de coopératives de solidarité*, L.Q. 1997, c. 17 (entrée en vigueur le 5 juin 1997).

sonne ou société qui a un intérêt économique, social ou culturel dans l'atteinte de l'objet de la coopérative)¹⁶.

Les coopératives de santé, dont nous avons pu consulter certains documents, semblent s'appuyer sur les trois catégories de membres, où les membres utilisateurs et les membres de soutien jouent un rôle déterminant dans le financement des activités de la coopérative, autant au stade du démarrage que pour la poursuite de ses activités.

Les coopératives de santé sont composées d'une structure associative (assemblée générale des membres et conseil d'administration dont les administrateurs sont nommés par les membres) et d'une structure entrepreneuriale (directeur général et employés). On peut aussi y retrouver une direction médicale¹⁷.

Les objectifs des coopératives de santé sont :

- Consolider, au sein de la coopérative, les services de santé offerts par les médecins et les professionnels de la santé;
- Augmenter graduellement les effets médicaux afin de mieux répondre aux besoins de la communauté;
- Développer et offrir une gamme diversifiée de services du domaine de la santé, en lien avec les besoins des membres;
- Assurer la proximité de services de santé pour les citoyens du territoire;

- Créer des liens de collaboration entre divers organismes du territoire visé, autant dans le domaine de la santé que dans les autres secteurs.

Les promoteurs bénéficient d'un certain nombre de guides de démarrage, comme le Guide de 1999 produit par le Secrétariat des coopératives du gouvernement du Canada¹⁸ et d'autres édités par la Direction des coopératives du gouvernement du Québec¹⁹. Le plus récent, coproduit par le Conseil québécois de la coopération et de la mutualité (CQCM) et la Fédération des coopératives de services à domicile et de santé du Québec (FCSDSQ) a été lancé en avril 2009²⁰. Des modèles de base sont également disponibles pour rédiger les actes de constitution, les règlements de régie interne et les plans de formation des membres.

La Coopérative de développement régional (CDR), dont le mandat vise à appuyer le développement de l'activité coopérative du territoire, est souvent associée au plan d'élaboration des coopératives de santé.

¹⁶ *Loi sur les coopératives*, préc., note 10, art. 226.1.

¹⁷ Bernard GÉLINAS, «La place des médecins dans les projets de coopératives de santé», (2007) 97-4 *L'Action nationale* 73.

¹⁸ GOUVERNEMENT DU CANADA, SECRÉTARIAT DES COOPÉRATIVES, *Guide de démarrage de coopératives dans le secteur de la santé*, en ligne:

<http://www.agr.gc.ca/rcc-src/coop/index_f.php?s1=guides&s2=health-sante&page=intro>.

¹⁹ <<http://www.mdeie.gouv.qc.ca/index.php?id=2194>>.

²⁰ CONSEIL QUÉBÉCOIS DE LA COOPÉRATION ET DE LA MUTUALITÉ ET FÉDÉRATION DES COOPÉRATIVES DE SERVICES À DOMICILE ET DE SANTÉ DU QUÉBEC, *Coopératives de santé. Guide de démarrage*, 2009, en ligne: <<http://www.fcsdsq.coop/>>.

B. Le financement de la coopérative santé

1. Les parts

La *Loi sur les coopératives* prévoit différentes catégories de parts qui sont toujours nominatives: les parts sociales, les parts privilégiées et les parts privilégiées participantes (art. 37)²¹. La loi fixe le prix d'une part sociale à 10 \$ (art. 41). Le nombre minimum de parts à détenir pour devenir membre de la coopérative est déterminé par règlement de la coopérative. Ces parts sont désignées comme parts de qualification (art. 38.3) et leur nombre peut varier selon la catégorie des membres (art. 226.4). Les membres de soutien peuvent détenir des parts privilégiées participantes (art. 226.5).

Les parts privilégiées ne donnent aucun droit de participation aux assemblées générales, tandis que les parts privilégiées participantes peuvent permettre à son détenteur d'être convoqué et d'assister aux assemblées, sans droit de parole ni droit de vote (art. 46 à 49.4).

En effet, seuls les membres détenteurs de parts sociales détiennent un droit de vote aux assemblées. Ce droit s'exerce selon le principe de la démocratie représentative qui n'associe qu'un seul vote à chacun des membres, sans égard au nombre de parts en excès des parts de qualification (art. 4). En outre, une enquête menée par la FCSDSQ, en collaboration avec le CQCM, révèle qu'aucune des 24 coopératives répondantes ne verse de ristournes aux détenteurs de parts sociales, ni d'intérêt aux détenteurs

de parts privilégiées ou privilégiées participantes²². Nous le verrons, la marge de manœuvre financière susceptible d'être générée par les opérations de la coopérative doit être dirigée vers d'autres fins, cruciales à la viabilité de la coopérative.

Des organismes variés, issus des territoires visés, appuient ces initiatives et prennent souvent le statut de membres de soutien. C'est régulièrement le cas de la municipalité hôte de la coopérative, des municipalités environnantes associées au projet, de la MRC, de la Caisse Populaire Desjardins et des Centres locaux de développement (CLD). L'appui financier de ces organismes, leur donnant ainsi droit à des parts privilégiées ou privilégiées participantes, joue un rôle crucial pour la mise en place de la coopérative. La coopérative peut également parfois compter sur l'appui d'une association locale de gens d'affaires.

Au chapitre du financement par parts sociales, outre le financement des membres utilisateurs, le financement le plus significatif des membres de soutien provient souvent des autorités publiques locales (municipalités et MRC) et de la Caisse Populaire.

2. Les cotisations annuelles

Certaines coopératives s'appuient sur une deuxième forme de financement fourni par les membres utilisateurs de services: la cotisation annuelle. Les montants en cause semblent varier d'une façon assez importante. Selon l'enquête de la FCSDSQ la fourchette varie entre 30 \$ et 100 \$, tandis qu'un directeur de coopérative de santé mentionne qu'elle peut aller jusqu'à 175 \$. Seuls les

²¹ À moins d'indication contraire, un article entre parenthèses réfère à la *Loi sur les coopératives*.

²² P. LEBLANC, préc., note 14, diapositive 7.

membres paient la cotisation annuelle. Lorsqu'elle est adoptée par la coopérative²³, le paiement de la cotisation annuelle est nécessaire au maintien des privilèges accordés aux membres de la coopérative.

3. La vente de services

La coopérative de santé peut également financer ses activités par une troisième source de revenus, sous la forme de vente de services que peut se procurer le non-membre qui souhaite avoir accès à des services de la coopérative, ou le membre de la coopérative qui doit parfois payer un supplément pour certains des services, en sus de ceux auxquels lui donnent droit ses parts de qualification ou sa cotisation annuelle.

Certaines coopératives, propriétaires ou locataires d'un immeuble dont la superficie dépasse les besoins, peuvent également louer ou sous-louer certains locaux à d'autres entreprises ou personnes, générant ainsi des revenus supplémentaires.

4. Les emprunts

Les coopératives de santé se financent aussi par des emprunts auprès d'institutions financières. Étant donné son rattachement au mouvement coopératif, il va sans dire qu'il s'agit d'un marché accordé en exclusivité aux Caisses Populaires Desjardins. Ces emprunts servent à finan-

cer les capitalisations importantes que doivent faire certaines coopératives de santé, pour l'achat ou la construction d'un immeuble pour abriter les activités de la coopérative. Ce type de transaction peut parfois se faire par le biais d'un organisme sans but lucratif (OSBL), souvent mis sur pied par la municipalité, qui met par la suite des locaux et des services à la disposition de la coopérative, à un coût nul ou réduit.

5. Les dons et subventions de partenaires du milieu

Les coopératives de santé peuvent enfin bénéficier d'une cinquième et dernière modalité de financement, sous la forme de subventions ou de dons de partenaires du milieu ou de fondations. Il ne faut pas penser que cette catégorie est toujours marginale et se limite à un simple financement d'appoint.

Par exemple, le plan d'affaires de la Coopérative de solidarité santé de Roxton Pond indique que cette rubrique représente près de 50 % du financement de départ de la coopérative, créée en janvier 2008 et en opération depuis janvier 2009. La rubrique des subventions et dons, totalisant un montant de 90 000 \$, en fait le tout premier mode de financement de départ, suivi de l'emprunt de 80 000 \$ auprès de la Caisse populaire²⁴.

²³ Le traitement rapporté des données de l'enquête de la FSCDSQ par P. LEBLANC, préc., note 14, ne permet pas de préciser le pourcentage des coopératives répondantes qui utilisent cette stratégie de financement.

²⁴ COOPÉRATIVE DE DÉVELOPPEMENT RÉGIONAL DE LA MONTÉRÉGIE, *Plan d'affaires de la coopérative de solidarité santé de Roxton Pond*, septembre 2008, p. 6. Au cours d'une conversation téléphonique avec le maire de Roxton Pond, M. Raymond Loignon, le 10 juin 2009, le maire indique que le montant total de dons et subventions pour le démarrage de la coopérative a été de 110 000 \$, dont 40 000 \$

Par ailleurs, selon l'enquête de la FCSDSQ, près de la moitié des 24 coopératives répondantes ont bénéficié de dons privés ou de contributions de fondations pour le démarrage de la coopérative²⁵.

On peut remarquer que ce type de contribution pourrait également se faire sous la forme de parts de soutien, en excès aux parts de qualification. Pour des motifs qui demeurent à explorer, certains partenaires préfèrent opter pour une contribution sous la forme d'un don au lieu de la part de soutien. On sait que la contribution d'une société ou personne privée peut ainsi mieux demeurer anonyme par rapport aux membres et aux tiers.

Il serait fort pertinent de mieux comprendre les sources de ce financement du milieu pour mieux en saisir la structure et l'impact. Comme il est clair que les autorités municipales jouent un rôle de premier plan à cet égard, il faudrait obtenir davantage d'informations quant à cette catégorie de financement afin de mieux comprendre les assises structurelles de cette incursion relativement nouvelle des autorités locales dans ce champ d'activité des services publics.

du programme Pacte rural, 20 000 \$ (renouvelé pour quatre années supplémentaires) de la Caisse populaire Desjardins, ainsi qu'un autre montant de 30 000 \$ qui sera remis par Hydro-Québec pour des projets tenus dans la municipalité.

²⁵ P. LEBLANC, préc., note 14, diapositive 12.

B. Les catégories de services

1. Les services médicaux financés par la RAMQ

L'objet premier de la coopérative de santé est d'assurer la présence et la disponibilité d'un médecin sur le territoire desservi. La pratique de ce professionnel de la santé s'inscrit dans le cadre de la législation québécoise de la santé. Le médecin est un médecin participant au régime public au sens de la *Loi sur l'assurance maladie*²⁶ et son lieu de pratique est assimilé au cabinet de professionnel au sens de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*²⁷.

Le médecin participant est rémunéré directement par la RAMQ. Comme cette rémunération ne transite pas par la coopérative de santé, nous ne l'avons pas ajouté au chapitre du financement de la coopérative. On comprend par contre que sans ce financement public de l'activité du médecin, l'existence même de la coopérative est remise en cause. En effet, aucune coopérative recrutant des médecins non participant au régime public n'a jusqu'ici été mise en place.

Le statut de médecin participant au régime public emporte certaines conséquences, autant pour le médecin que pour la coopérative qui en fait le recrutement, mais aussi pour les patients, qu'ils soient membres ou non de la coopérative de santé.

Le médecin ne peut recevoir, pour les services assurés qu'il prodigue, de revenu en sus des tarifs payés par la

²⁶ *Loi sur l'assurance maladie*, L.R.Q., c. A-29, art. 1 (ci-après la « LAM »).

²⁷ L.R.Q., c. S-4.2, art. 95 (ci-après la « L4S »).

RAMQ²⁸, conformément à l'entente négociée entre le ministre de la santé et la FMOQ, le syndicat professionnel représentant tous les omnipraticiens du Québec qui participent au régime public. L'entente prévoit divers modes de rémunération pour les médecins de famille, notamment en fonction du lieu de pratique. Selon le mode de rémunération à l'acte, applicable en cabinet privé et donc en coopérative, la rémunération est majorée du tiers pour couvrir les frais d'opération que doit normalement y assumer le médecin par rapport à une pratique en établissement²⁹.

Le médecin qui offre ses services dans une coopérative de santé est rémunéré par la RAMQ pour tous les services assurés, selon cette tarification majorée. Il ne peut, pour ces services, toucher de supplément de revenu, ni de la coopérative, ni des patients ou de toute autre personne. Cette prohibition pose la question de la validité des loyers gratuits ou réduits ainsi que des avantages administratifs sous forme de personnel, dont pourrait lui faire bénéficier la coopérative. Les pouvoirs publics n'ont toutefois pas encore agi ou ne se sont pas prononcés au sujet des frais d'opération du médecin pris en charge par la coopérative. Aucun rapport d'enquête rendu public par la RAMQ ne traite de cette question³⁰.

L'attribution de ce type de bénéfices peut soulever une question distincte, celle de la déontologie professionnelle. Les ordres professionnels ont effectivement été interpellés lorsque les médias ont révélé au grand jour le même type d'avantages fournis par les chaînes de pharmacies. Cette pratique soulève alors les enjeux du conflit d'intérêts et de l'indépendance professionnelle dans lesquels pourraient se placer le médecin et le pharmacien. Nous aborderons ces questions à la section III.

Quant au patient, comme les résidents du Québec ont droit d'accès aux médecins participants sans frais supplémentaires, les contributions exigées des membres de la coopérative et qui sont liées à des privilèges d'accès au médecin pour des services assurés, heurtent les principes du régime public de soins. Que ces contributions, sous forme de parts sociales ou de cotisations annuelles, soient intrinsèques au fonctionnement d'une coopérative, n'autorise pas pour autant de contrevirer à la législation en matière de santé. La coopérative qui s'engage dans le champ des services médicaux doit se conformer au cadre légal des soins de santé et adapter ses pratiques en conséquence. Contribuer à la prestation

tion de déontologie professionnelle adressée au Collège des médecins et à l'Ordre des pharmaciens : André NOËL, « Les chaînes de pharmacie courtisent les médecins », *La Presse*, 20 septembre 2004, p. A1. Le 15 juin 2009, nous avons posé la question à la Direction des affaires juridiques de la RAMQ, concernant sa position actuelle face à ce type de bénéfices accordés aux médecins participants au regard de l'article 22 alinéa 4. Nous sommes encore en attente d'une réponse.

²⁸ LAM, art. 22.

²⁹ Les chiffres donnés par le MSSS ou la FMOQ varient de 30 % à 35 %.

³⁰ Lorsque les rabais ou loyers gratuits offerts aux cliniques médicales par les pharmacies ont été révélés au grand jour en 2004, la RAMQ a réagi en disant que cette situation ne relevait pas de sa compétence, mais soulevait plutôt une ques-

de soins médicaux est différent d'une participation à des services de logement, d'exploitation forestière, ou de tout autre domaine d'activité des coopératives.

Certaines coopératives se sont effectivement fait reprocher des contraventions à la loi, en accordant des privilèges d'accès aux membres pour les services médicaux assurés³¹. Tant l'ancien ministre de la santé et des services sociaux Philippe Couillard, que l'actuel ministre Yves Bolduc, ont clairement déclaré ces pratiques inacceptables³².

2. Les services médicaux non assurés

Un service médical non assuré au sens de la *Loi sur l'assurance maladie* et son règlement d'application³³ peut être fourni par un médecin participant contre rémunération du patient sans remettre en cause son statut de médecin participant.

Le principe général (affecté d'exceptions) veut que tout service « requis au

³¹ Dans une lettre du 22 janvier 2009, adressée à ses patients, un médecin qui décide de joindre la Coopérative de santé de Pointe-du-Lac, souligne qu'il a négocié pour eux une place prioritaire, malgré la grande liste d'attente de la coopérative. Il joint donc à sa lettre un formulaire d'adhésion à la coopérative, en encourageant ses patients à le compléter et retourner avec paiement. La part sociale est de 50 \$ (pour un membre adulte, et gratuit pour un mineur) et la cotisation annuelle de 75 \$ pour le membre adulte et de 50 \$ pour le mineur. On peut donc en déduire qu'une famille de deux parents et deux enfants mineurs devront ainsi payer des parts sociales de 100 \$ et une cotisation annuelle de 250 \$. L'interprétation de la lettre peut demeurer ouverte, mais on peut également supposer qu'elle est comprise par le bénéficiaire comme exigeant une adhésion à la coopérative de santé pour continuer à bénéficier des services médicaux du médecin. Le médecin précise à sa lettre qu'il ne pratiquera plus au CLSC, mais se consacrera à temps plein à la clinique de la coopérative de santé. Le patient ne dispose donc pas d'une autre avenue pour maintenir le lien avec son médecin.

³² Le ministre Philippe Couillard s'est prononcé contre ces pratiques lors de la pré-

sentation du Conseil de la coopération du Québec en Commission parlementaire sur le livre blanc *Garantir l'accès*. Il s'exprime en ces termes: « Prenons l'exemple de la Coopérative de santé de Saint-Étienne, qui a fait l'objet d'une évaluation. Le problème qu'on voit actuellement, c'est qu'il semble y avoir un glissement du modèle vers l'exclusion des non-cotisants à l'accès au système de santé. Ça, clairement, ce n'est pas acceptable sur le plan des principes du système de santé. » (QUÉBEC, ASSEMBLÉE NATIONALE, *Journal des débats de la Commission permanente des affaires sociales*, 37^e légis., 2^e sess., vol. 39, n^o 13, jeudi le 13 avril 2006). Le ministre Yves Bolduc soutenait la même position le 28 mai 2009, lors du congrès de la FMOQ. Voir, à cet égard, Éric Yvan LEMAY, « Finies les petites passes », *Le Journal de Montréal*, 29 mai 2009, p. 5: « Finis les frais d'inscription qui peuvent atteindre 500 \$ dans les coopératives de santé. Le ministre de la Santé a averti qu'il entend sévir. (...) 'Les coopératives vont bientôt être réglementées. S'ils n'ont pas le même accès, ils vont avoir des problèmes avec la RAMQ', a-t-il soutenu sur un ton strict. »

³³ *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie*, R.R.Q., 1981, c. A-29, r. 1, art. 22.

point de vue médical»³⁴ soit assuré par le régime public. A contrario, un service qui n'est pas médicalement requis est considéré non assuré. Ainsi en est-il des certificats d'état de santé exigés par un assureur, un employeur ou pour des fins de passeport ou de visa³⁵. Puisque le médecin n'est pas rémunéré par la RAMQ pour donner un tel service, il exige normalement un tarif de la part du patient. Ce type de service peut donc faire l'objet de droit d'accès tarifé. Peut-il faire l'objet d'un accès réservé ou inclus dans les frais d'inscription des membres de la coopérative de santé ou de leurs cotisations annuelles?

Les documents consultés de coopératives de santé indiquent que cette stratégie est largement utilisée en accordant parmi les privilèges des membres un certain nombre de «billets du médecin». Cette pratique nous semble contraire à la nouvelle règle énoncée par l'article 22.0.0.1 LAM, entrée en vigueur le 13 juin 2007, à la suite de l'adoption du projet de loi 33 en 2006³⁶. En effet, le médecin participant doit dorénavant afficher dans la salle d'attente le tarif de chacun des services médicaux non assurés qu'il entend facturer à une personne assurée (alinéa 1). Aucun autre tarif ne peut être facturé, directement ou indirectement (alinéa 2), et une facture détaillée doit être remise au moment de la facturation (alinéa 3). Le contrevenant à cette nou-

velle règle s'expose à des amendes de 500 \$ à 1000 \$ pour l'absence d'affiches ou de factures détaillées et du double s'il y a facturation de tarifs non affichés. Chacune de ces amendes double en cas de récidive.

La RAMQ s'est déjà prononcée sur la teneur de ce nouvel article en déclarant illégal tout forfait qui donnerait droit à l'avance à des billets de médecins, en tant que services médicaux non assurés. Ce type de services ne peut être couvert par le biais d'une cotisation annuelle et doit être facturé à la pièce, au moment où le service est effectivement rendu³⁷. Cette conclusion remet sérieusement en cause l'utilisation que font certaines coopératives de santé de la cotisation annuelle ou des parts sociales pour couvrir ce type de service médical non assuré.

3. Les services accessoires ou auxiliaires

Les coopératives de santé tentent également de fournir d'autres types de services de santé, accessoires ou auxi-

³⁴ LAM, art. 3.

³⁵ *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie*, R.R.Q., 1981, c. A-29, r. 1, art. 22(a)(i), (ii) et (iii).

³⁶ *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives*, L.Q. 2006, c. 43.

³⁷ RAMQ, *Rapport d'enquête. Clinique médicale Élite*, 23 septembre 2008, en ligne: <http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/publications/regie_rapports.shtml>. La RAMQ se prononce ainsi, p. 14: «Or, la remise d'une facture détaillée présuppose que les services non assurés ont été rendus ou exécutés, alors que les personnes assurées qui adhèrent aux Plans Élite ou Élite Plus paient pour les services mentionnés précédemment qui n'ont pas encore été rendus ou exécutés lors du paiement et qui, possiblement, ne seront pas rendus ou exécutés au cours de la période couverte par le contrat.»

liaires aux services médicaux, dans une perspective plus holistique de la prévention et des soins de santé. On entend ici par services accessoires ou auxiliaires des services liés à l'état de santé des personnes qui ne sont pas fournis par des médecins. Plusieurs coopératives ont ainsi mis en place des services d'entraînement physique, d'éducation aux saines habitudes de vie ou, encore, d'accès à d'autres catégories de professionnels de la santé, comme des nutritionnistes ou des physiothérapeutes. Les membres de la coopérative bénéficient ainsi de privilèges d'accès à ce type de services, sous la forme de priorité d'accès, de gratuité ou encore de rabais. L'enquête menée par la FCSDSQ rapporte notamment une offre de services accessoires de psychologie, de nutrition, de massothérapie, de chiropraxie, d'accompagnement de parents, de physiothérapie et de club de marche³⁸. La coop santé de l'Université de Sherbrooke, quant à elle, offre à ses membres un service d'analyse personnalisée des risques à la santé, à la suite d'un formulaire détaillé que doit compléter en ligne le membre³⁹. On peut donc observer une assez large palette de services accessoires qui peuvent effectivement servir à meubler les privilèges d'accès accordés aux membres de la coopérative.

II. L'équilibre précaire entre les demandes des médecins, les privilèges des membres utilisateurs et les droits des citoyens du territoire

A. La stratégie de la coopérative

1. Attirer un médecin sur le territoire

La mise en place d'une coopérative de santé se veut une réponse collective territorialisée à des difficultés d'accès à certains services médicaux (patients sans médecin de famille, liste d'attente, éloignement des autres ressources médicales) où les autorités municipales et le mouvement coopératif québécois jouent conjointement un rôle de premier plan. La coopérative de santé ne peut prendre forme que si elle parvient à recruter un ou des médecins ou à maintenir sur le territoire ceux qui, s'y trouvant déjà, menacent de quitter la région. La coopérative de santé s'engage alors dans une démarche de «sédution»⁴⁰, où elle doit attirer ou convaincre le médecin d'offrir ses services sur le territoire. La formule de la coopérative devient le véhicule par lequel ses promoteurs montent une pro-

³⁸ P. LEBLANC, préc., note 14, diapositive 13.

³⁹ Consulter en ligne : <<http://www.usherbrooke.ca/coopsante/>>.

⁴⁰ En référence au film québécois de Jean-François Pouliot, *La grande séduction*, sorti en 2003, qui raconte l'histoire rocambolesque qu'un petit village de la Basse-Côte-Nord qui développe une stratégie concertée pour attirer et convaincre un médecin de venir y établir sa pratique.

position financière et organisationnelle susceptible de plaire au médecin et de le convaincre.

La coopérative dispose principalement de deux axes de conviction. Elle tente d'abord de réduire les coûts de fonctionnement de la pratique médicale dans la région, en rendant plus attrayante l'aventure financière que représentent l'ouverture et la gestion d'une clinique privée. Ensuite, la coopérative mise sur l'offre des services administratifs et complémentaires, susceptibles d'améliorer et de faciliter globalement la pratique du médecin. Dans les deux cas, le pari est de permettre au médecin de se concentrer sur les consultations médicales, tout en allégeant ses coûts administratifs et les responsabilités normalement associées à la pratique hors établissement. Certaines coopératives jouent également sur un troisième axe qui peut prendre forme grâce à la collaboration des Caisses Desjardins, en aménageant un accès privilégié au crédit et à la propriété, afin d'accroître leurs chances de succès pour convaincre le médecin de s'implanter sur le territoire⁴¹.

La coopérative de santé réduit ainsi les coûts d'opération du médecin en mettant à sa disposition, gratuitement ou à une fraction du coût, des locaux, des équipements et des services administratifs (comme la réception, la gestion des dossiers, la facturation, la comptabilité). Les informations disponibles ne nous permettent pas de chiffrer ou de mesurer avec exactitude le coût (ou la gratuité) de ces services offerts au médecin. Les données sont parcellaires.

Voici tout de même quelques exemples. Le président de la Coopérative de solidarité santé de Sainte-Thècle, M. Alain Vallée, estime que ce bénéfice équivaut à 30 000 \$ par année pour un médecin : « C'est un service cinq étoiles que les médecins vont avoir ici avec la coopérative. Ils n'auront même pas besoin d'amener leur stéthoscope. »⁴² Le président du conseil d'administration de la Coopérative de solidarité de soins de santé d'Aylmer, M. Jacques Coulombe, estime quant à lui à 42 000 \$ par année, le bénéfice offert au médecin⁴³. La Coopérative de solidarité santé des monts de Bellechasse présente des coûts annuels de fonctionnement de 70 000 \$, tout en offrant une occupation gratuite, garantie pour cinq ans au premier médecin, quatre ans pour le second et trois ans pour le troisième⁴⁴. Sans donner de chiffres, la coopérative de Saint-Barthélemy dans Lanaudière fournit le bureau, l'électri-

⁴¹ Guy BENOIT, « Coop santé Aylmer: du rêve à la réalité », (2007) 97-4 *L'Action nationale* 62.

⁴² Pierre PELCHAT, « La coop c'est la santé: des habitants de Sainte-Thècle règlent leur pénurie de services médicaux », *Le Soleil*, 7 juin 2003, p. D3.

⁴³ Renée LAURIN, « Fatigués d'attendre un miracle, ils prennent leur santé en main », *Le Droit*, 29 mai 2002, p. 2 : « Les médecins veulent travailler dans un bureau qui ne leur coûte rien, dit-il. À l'heure actuelle, ils doivent déboursier entre 30 % et 50 % de leur salaire en frais de bureau. Pour un seul médecin, cela peut représenter jusqu'à 3 500 \$ de dépenses par mois, fait-il valoir. »

⁴⁴ Claudette SAMSON, « Pénurie de médecins: naissance d'une coopérative », *Le Soleil*, 14 octobre 2007, p. 7 : « Il faut présenter quelque chose d'attractif, soumet Mario Lapierre, administrateur de la coop. Ce qui veut dire une clinique bien équipée, des avantages financiers, et une bonne équipe. »

cité, le téléphone et assume la moitié du salaire de la secrétaire⁴⁵. La Coopérative de solidarité de santé de Sainte-Marguerite-du-Lac-Masson ajoute quant à elle une bourse de 20 000 \$ afin de « séduire un jeune médecin à sa sortie de la faculté »⁴⁶.

La Coopérative de solidarité santé de Roxton Pond présente les chiffres suivants. Le budget de l'année 2009 de la coopérative est de 314 000 \$, incluant l'hypothèque, le chauffage, l'électricité, les salaires du personnel, l'entretien, etc. Sur ce budget annuel de 314 000 \$ de la coopérative, le médecin paie un montant de 9 000 \$, soit moins de 3 % des coûts de fonctionnement de la coopérative⁴⁷.

L'expérience de la mise en place des coopératives de santé semble converger vers le même constat que celui dressé par M. Robert Mainguy, président de la Coopérative de solidarité santé Lac Champlain: « Le plus difficile a été de recruter des médecins. (...) Nous avons envoyé plus de 280 lettres à des médecins d'hôpitaux, nous avons publié des annonces dans une revue médicale, en vain.⁴⁸ » Au bout du compte, les bénéfices financiers offerts au médecin font toute la différence, comme le confirme la Dre Marie Larose, recrutée par la Coopérative de solidarité santé globale de Saint-Adolphe-d'Howard, dans un reportage à l'émission *Le Point*: « C'est sûr qu'il y a l'aspect

financier. On ne peut pas se le cacher. Le fait de ne pas avoir à payer de frais de loyer, de bureau, c'est sûr que ça fait une différence à la fin de la journée au niveau du salaire »⁴⁹.

L'absence ou le caractère limité de ces incitatifs financiers pourrait peut-être expliquer pourquoi la deuxième tentative québécoise de mettre sur pied une coopérative de santé s'est terminée par un échec retentissant. La Coopérative de santé de Pointe-aux-Pères avait commencé ses démarches dès 1996⁵⁰. Elle avait réussi à recruter 600 membres qui attendaient avec impatience le lancement des services médicaux dans cette petite municipalité de 4000 habitants située à 6 kilomètres de Rimouski. Le recrutement de médecins a par contre révélé les limites de la formule, ou plutôt ses éléments incontournables. La coopérative estimait d'abord faire une offre alléchante en proposant six mois d'installation gratuite aux médecins⁵¹. Après trois ans de recherche et de sollicitation actives, aucun médecin ne se présentait au portillon. La coopérative avait finalement modifié sa stratégie et les médias rapportaient qu'elle pourrait enfin lancer ses opérations en septembre 2000, au

⁴⁵ Dominique FROMENT, « La grande séduction », *Les affaires*, 13 octobre 2007, p. 82.

⁴⁶ Jean-Paul CHARBONNEAU, « Sainte-Marguerite-du-Lac-Massin. Création d'une coopérative de santé », *La Presse*, 11 juin 2006, p. A4.

⁴⁷ Entretien avec le maire de Roxton Pond, M. Raymond Loignon, le 10 juin 2009.

⁴⁸ Jean-François BARBE, « Venise-en-Québec prend sa santé en main », *Les affaires*, 4 octobre 2008, p. 60.

⁴⁹ Radio-Canada, *Le Point*, 27 décembre 2006.

⁵⁰ Carl THÉRIAULT, « Coop de santé à Pointe-aux-Pères », *Le Soleil*, 27 mars 1996, p. A3.

⁵¹ Carl THÉRIAULT, « Pointe-aux-Pères: une Coopérative santé sans médecin! », *Le Soleil*, 13 juin 1997, p. A4; Carl THÉRIAULT, « Pointe-aux-Pères: des semaines cruciales pour l'avenir de la coop santé », *Le Soleil*, 22 mai 1998, p. A3; Carl THÉRIAULT, « Pointe-aux-Pères: coop de santé compromise », *Le Soleil*, 27 mai 1999, p. A4.

moment où elle avait réussi à signer une entente de principe avec deux médecins, grâce aux bonnes conditions révisées offertes par la coopérative pour l'occupation des espaces de travail⁵². Puis, quelques semaines plus tard, le projet était abandonné et la coopérative dissoute en raison du retrait des médecins. L'un d'eux avait découvert que la coopérative offrait des conditions plus intéressantes à l'autre⁵³.

Toute contribution de la coopérative au chapitre des coûts de fonctionnement de la clinique se traduit donc directement par un revenu supplémentaire pour le médecin qui perçoit quand même de la RAMQ la rémunération à l'acte majorée de 30 % à 35 % pour la pratique hors établissement, et qui doit normalement servir à couvrir ces mêmes frais, selon la loi et l'entente.

Dans sa stratégie de recrutement de médecins, la coopérative agit également sur l'axe de l'amélioration de la qualité et de l'attrait de la pratique du médecin. La coopérative peut ainsi mettre en place ou aménager un accès à des services diagnostiques (électrocardiogramme, radiologie, prélèvements sanguins, etc.). La mise à la disposition du médecin des ressources humaines (secrétaire, adjoint administratif, infirmière-clinicienne, infirmière auxiliaire), au-delà de sa dimension financière, permet aussi de

faciliter ou d'accroître l'efficacité et la qualité de sa pratique.

Le coût de tous ces services est assumé, en tout ou dans la plus grande partie, par la coopérative, de sorte que le médecin en tire un avantage financier certain et direct, dans la mesure où il n'a pas à utiliser le supplément de financement de la RAMQ accordé pour en absorber le coût. Le médecin empêche ainsi une double rémunération pour ces coûts de locaux et de personnel: une fois par la RAMQ et une autre fois par la coopérative.

Cette pratique soulève des questions, puisque, comme nous l'avons souligné plus haut, la *Loi sur l'assurance maladie* (art. 22 al. 4) prévoit: « Un professionnel de la santé soumis à l'application d'une entente ne peut exiger ni recevoir, pour un service assuré, que la rémunération prévue à l'entente et à laquelle il a droit en vertu des alinéas qui précèdent; toute convention à l'effet contraire est nulle de nullité absolue ». L'article 23 de la même loi ajoute que: « Aucune entente ne peut prévoir un supplément de rémunération pour des services assurés ». La loi est d'ordre public (art. 104.1 LAM) et il est donc interdit d'y contrevenir par entente. L'enquête de la FCSDSQ révèle que toutes les coopératives répondantes, à l'exception d'une seule, ont formalisé leur relation avec les médecins par une entente écrite⁵⁴.

⁵² Carl THÉRIAULT, « Pointe-aux-Pères aura bientôt sa coop de services de santé. La troisième du genre au Québec », *Le Soleil*, 13 septembre 1999, p. A4.

⁵³ Carl THÉRIAULT, « Pointe-aux-Pères: la Coop de santé doit se résoudre à en finir », *Le Soleil*, 8 juin 2001, p. A4; Carl THÉRIAULT, « La coop de santé de Pointe-aux-Pères dissoute », *Le Soleil*, 14 juin 2001, p. A6.

⁵⁴ Information obtenue de la FCSDSQ le 12 juin 2009. Depuis le 4 décembre 2008, est en vigueur l'ajout au *Code de déontologie des médecins*, (2002) 134 G.O. II, 7354 (art. 72 al. 3) de l'obligation que soit constatée par écrit toute entente de jouissance d'un immeuble ou d'un espace pour l'exercice de la profession médicale.

Ces frais, assumés par la coopérative, constituent-ils ou non une rémunération au sens de l'article 22 LAM? Une réponse positive s'impose en raison de la définition même de la rémunération négociée par entente à laquelle réfèrent la loi et l'entente. En effet, la négociation entre la FMOQ et le MSSS inclut la part majorée du tiers dans la définition même de la rémunération pour la pratique en cabinet au sens de l'article 22 LAM, et ce, dans le but précis de couvrir les frais d'immeuble, de personnel, d'entretien, d'assurances, etc. On ne peut, d'une part, exiger et obtenir ces paiements au titre de la rémunération fournie par la RAMQ et prévue à l'entente, et, d'autre part, nier qu'il s'agit d'une rémunération accordée par le même organisme sur la base de cette entente. Il faut donc conclure que lorsque ces coûts sont directement ou indirectement assumés par un tiers, ils constituent pour le médecin participant une rémunération autre « que la rémunération prévue à l'entente et à laquelle il a droit », au sens de l'article 22 LAM. Toute entente contraire entre la coopérative (ou autre société) et le médecin serait donc vulnérable à une déclaration en nullité.

À notre connaissance, ce type d'entente dressée entre le médecin et la coopérative de santé n'a pas encore fait l'objet de contestation judiciaire, puisqu'aucune des deux parties directement impliquées n'a intérêt à soumettre la question aux tribunaux. Mais ce n'est qu'une question de temps avant qu'un citoyen, un patient, un contribuable de la municipalité qui finance la coopérative, un médecin propriétaire de clinique médicale qui ne peut concurrencer une telle pratique ou les pouvoirs publics chargés de faire respecter la LAM ne dénoncent la situation d'une façon ou

d'une autre⁵⁵. La position de la coopérative de santé s'avère aussi précaire que le principal contrat sur lequel s'appuie son fonctionnement. Même le président de la FMOQ, le Dr Louis Godin, commence à exprimer certaines réserves quant à ces pratiques: « Ça crée des inégalités entre les médecins. Et ça ne règle pas le problème de pénurie. Un médecin qu'on attire dans une coop, c'est un médecin de moins en cabinet. »⁵⁶

Des suppléments de revenus versés par des hôpitaux avaient été contestés par le ministère dans une circulaire publiée en 1987⁵⁷. Le litige a été porté devant les tribunaux lorsqu'un hôpital avait cessé en conséquence le paiement de montants pour frais de séjour versés à deux anesthésistes qui s'étaient engagés par contrat à pratiquer à Alma entre 1984 et 1989. Un amendement apporté à l'article 22 de la LAM, entré en vigueur le 1^{er} avril 1993⁵⁸, a clarifié la situation et prohibé spécifiquement le versement de montants aux médecins participants pour

⁵⁵ Une poursuite fondée sur le même type d'avantages accordés aux cliniques médicales par des pharmacies est inscrite en Cour supérieure: *Dr. Daniel Poulin et Dr. Robert Perron c. Collège des médecins du Québec* (requête réamendée), C.S. Montréal, n° 500-17-022659-042, 2 juin 2008.

⁵⁶ Dominique FORGET, « Comment sauver le médecin de famille? », *L'Actualité*, 1^{er} novembre 2009, p. 22.

⁵⁷ M.S.S.S., *Rémunération ou autres avantages monétaires ou non monétaires versés par les établissements aux médecins*, circulaire 1987-065, 21 décembre 1987.

⁵⁸ *Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives*, L.Q. 1991, c. 42, art. 568.

une pratique en établissement par l'ajout d'un nouvel alinéa 5⁵⁹.

Les faits et la question de droit soulevés par les pratiques de la coopérative sont différents de ceux analysés par la Cour d'appel en 1999⁶⁰ et sont visés par l'alinéa 4 de l'article 22 LAM et non pas l'alinéa 5 ajouté en 1991. Or, nous avons souligné que la rémunération du médecin en pratique hors établissement inclut spécifiquement un supplément pour frais de bureau. L'importance du principe de la prohibition de verser toute rémunération supplémentaire par rapport aux tarifs de l'entente négociée entre le ministère et la FMOQ pour une pratique hors établissement semble avoir été oubliée à plusieurs égards, notamment par l'absence de réaction des pouvoirs publics responsables de l'application de la LAM. Certes, la contestation d'un contrat signé à titre privé entre deux parties qui y trouvent leur bénéfice réciproque prête peu le flanc à la contestation par les parties elles-mêmes. C'est alors que les sanctions de la loi interviennent normalement pour assurer un meilleur respect des règles. L'alinéa 12 de l'article 22 LAM prévoit une amende de 1000 \$ à 2000 \$ en cas de violation de

cette prohibition. Or, les bénéfiques versés ainsi au profit d'un cabinet peuvent facilement atteindre des montants beaucoup plus importants. Non seulement la sanction est-elle plutôt faible, mais de plus, elle n'a encore jamais été mise en œuvre par les autorités publiques, ce qui alimente la prolifération des pratiques qui y contreviennent.

2. Convaincre le patient de devenir membre de la coopérative

Une coopérative fonctionne essentiellement pour la satisfaction des besoins communs de ses membres. Sa raison d'être et son activité sont centrées sur les membres de la coopérative (art. 3). Or, le champ d'exercice relativement nouveau des soins de santé dans lequel s'est engagé le mouvement coopératif lui impose des normes qui pourraient entrer en conflit avec la philosophie coopérative.

On sait, en effet, que la structure du système public de santé du Québec repose sur les principes d'universalité et de gratuité. Le principe d'universalité exige que chaque résident du Québec dispose des mêmes droits, selon les mêmes modalités, aux services médicaux couverts par la *Loi sur l'assurance maladie*. Le principe de la gratuité interdit d'exiger toute contribution financière du patient pour un service assuré, sous quelque forme que ce soit (frais accéssoires, surfacturation, frais d'abonnement, parts sociales ou cotisations annuelles d'une coopérative). On comprend donc que les privilèges accordés aux membres de la coopérative qui recrute un médecin participant ne peuvent inclure de privilèges ou de priorités d'accès au médecin pour les actes rémunérés par la RAMQ. Une telle poli-

⁵⁹ Autant la Cour supérieure (*Gervais c. Hôtel-Dieu d'Alma*, C.S. Alma, n° 200-09-000726-965, 27 décembre 1995, j. Gervais), que la Cour d'appel du Québec (*Gervais c. Hôtel-Dieu d'Alma*, 1999 CanLII 13184 (QC C.A.)), avaient donné raison aux deux médecins que le contrat par lequel l'hôpital s'était engagé à verser 600 \$ et 700 \$ par mois pour chacun des anesthésistes ne contrevenait pas à la rédaction de l'article 22, avant sa modification adoptée en 1991.

⁶⁰ *Gervais c. Hôtel-Dieu d'Alma*, préc., note 59 (C.A.).

tique contreviendrait aux dispositions de la LAM⁶¹.

D'un autre côté, les démarches de séduction des coopératives de santé auprès des médecins doivent s'appuyer sur des sources de financement. Comme une part importante du financement de la coopérative provient des contributions des membres de la coopérative, il devient essentiel pour elle de recruter le plus grand nombre de membres en leur proposant des services ou privilèges exclusifs. Pourquoi devenir membre et payer une part sociale et une cotisation annuelle si le non-membre a droit aux mêmes services?

Les coopératives de santé sont alors confrontées à un dilemme difficile à résoudre. Elles doivent user de tous les moyens possibles pour attirer un médecin sur les lieux, sans enfreindre les règles qui régissent la participation du médecin au régime public de soins. La question des avantages financiers offerts au médecin a été posée plus haut et demeure entière. Nous y reviendrons. S'y ajoute également la difficulté d'offrir aux membres des avantages qui soient conformes à la législation en matière de santé.

Certaines coopératives tentent de résoudre la quadrature du cercle en

réservant certaines plages horaires du médecin aux seuls membres de la coopérative⁶² ou en limitant l'accès des non-membres à des plages horaires sans rendez-vous. La Coopérative de solidarité en soins de santé du cœur de la Gatineau, afin de favoriser le recrutement des membres, prévoyait que la carte de membre, sans garantir l'accès à un médecin, permettrait aux membres plus anciens d'avoir priorité d'accès quand un nouveau médecin serait recruté⁶³. La Coopérative de solidarité de la clinique de santé de Gatineau prévoyait, quant à elle, donner priorité d'accès aux patients qui auraient payé leur carte de membre au moment de la conversion de la clinique médicale en coopérative⁶⁴. Aucune de ces solutions ne respecte l'esprit ou la lettre de la loi.

Limiter l'accès aux services médicaux aux membres ou restreindre l'accès

⁶¹ On trouve un exemple clair de message lancé à la population indiquant que le statut de membre de la coopérative est requis pour voir le médecin dans « Une coop de santé ouvre ses portes à Frampton », *Édition Beauce*, 20 février 2008, en ligne: <<http://www.editionbeauce.com/actualites.asp?nID=4822&Cat=1>>: « Seuls les membres pourront obtenir une consultation auprès des docteurs Marc-André Moreau et Patrice Laflamme. »

⁶² La présidente de la Coopérative de solidarité santé de Contrecoeur, Sylvie Mireault, souligne que la coopérative a négocié avec le médecin des plages horaires réservées aux membres de la coopérative. Les non-membres peuvent avoir accès à des cases horaires disponibles au coût de 10 \$: Dominique FROMENT, « La grande séduction santé », *Les affaires*, 13 octobre 2007, p. 82.

⁶³ Charles THÉRIAULT, « Coopérative de santé à Gracefield. La direction espère embaucher un 3^e médecin », *Le Droit*, 27 mai 2008, p. 15.

⁶⁴ Louis-Denis EBACHER, « Une clinique médicale se métamorphose en coop santé », *Le Droit*, 16 octobre 2008, p. 9. Le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec, M. Bolduc, s'était tout de suite dit préoccupé par la situation: Justine MERCIER, « Bolduc aura la coop santé à l'œil », *Le Droit*, 25 octobre 2008, p. 3.

des non-membres aux seules situations d'urgence⁶⁵ enfreint les règles inscrites à la législation québécoise des soins de santé. En novembre 2008, les médias ont rapporté qu'un médecin de l'Estrie offrait des services privilégiés aux patients qui acceptaient de déboursier un montant annuel de 15 \$. Cette pratique fut dénoncée par la FMOQ et le Collège des médecins du Québec⁶⁶.

⁶⁵ Il est vrai que le droit d'accès aux soins prévu à la L4S (art. 6 et 7) n'est opposable qu'aux établissements de santé et non pas aux cabinets privés ou coopératives de santé (Patrick A. MOLINARI, « Le droit aux services de santé: de la théorie aux pratiques », dans Pierre NOREAU et Louise ROLLAND (dir.), *Mélanges Andrée Lajoie; le droit, une variable dépendante*, Montréal, Éditions Thémis, 2008, p. 61). Un médecin de cabinet privé ou de coopérative conserve son droit de refuser de voir un patient, mais pour des motifs limités, comme lorsque sa charge de travail est déjà complète, ou si la relation de confiance mutuelle avec un certain patient est absente (*Code de déontologie des médecins*, préc., note 54, art. 19). Il est interdit au médecin (et à sa clinique ou coopérative) d'imposer comme condition d'accès le paiement d'une contribution financière quelconque. De plus, jamais un médecin ne peut refuser de porter secours à un patient en situation d'urgence (*Charte des droits et libertés de la personne*, L.R.Q., c. C-12, art. 2 et *Code de déontologie des médecins*, préc., note 54, art. 38).

⁶⁶ Voir le reportage de Radio-Canada au sujet du D^r Luc Comtois de la Clinique Rock-Forest à Sherbrooke, en ligne: <<http://www.radio-canada.ca/regions/estrie/2008/11/26/007-frais-medecin-reax.shtml>>. Le D^r Comtois a cessé cette pratique suite au reportage.

Un accès privilégié par carte de membre d'une coopérative de santé à un médecin rémunéré par la RAMQ n'est-il pas aussi répréhensible qu'un accès favorisé par la carte de crédit? Puisque l'accès au médecin de famille constitue la motivation principale des membres, l'adhésion à long terme à la coopérative de santé devient ainsi fragile, mettant en exergue le conflit intrinsèque entre la philosophie de la coopération, centrée sur ses membres, et les principes du système public de soins qui ne permet pas de distinguer les droits d'accès entre catégories de population.

C'est ici que l'offre de services accessoires ou auxiliaires devient une voie de solution pour les coopératives de santé. L'offre d'avantages tangibles à leurs membres permet aux coopératives de promouvoir une vision plus holistique de la prise en charge de la santé et de convaincre les citoyens du territoire de l'importance d'un accès à d'autres services que les seuls soins donnés par les médecins. Les coopératives de santé peuvent alors soumettre l'accès à ce type de services à l'obtention de la carte de membre de la coopérative (atelier de promotion de la santé, groupe de diabétiques, accès à d'autres professionnels, à des services de traitement – soins des pieds – ou à des activités préventives).

3. Le rôle des pouvoirs publics locaux

Nous avons noté que les municipalités locales et les municipalités régionales de comté (MRC) jouent un rôle de premier plan dans la mise en place des coopératives de santé tout comme dans leur

financement⁶⁷. Ces initiatives des autorités locales valorisent le rôle des élus locaux, stimulent la mobilisation des acteurs du territoire et la coordination intersectorielle de l'action publique et privée. Elles peuvent également susciter une meilleure implication des citoyens dans la construction et la définition des politiques publiques qui trop souvent leur échappe.

⁶⁷ Les données présentées au Colloque provincial sur les coopératives de santé du 29 avril 2009 par le président de la Coopérative de santé du cœur de la Gatineau, M. Louis-Philippe Mayrand (Atelier 1), confirment le rôle central des autorités municipales. Pour les deux premières années d'opération pour lesquelles les données sont complètes, la contribution municipale (82 440 \$; provenant de la municipalité hôte pour 23 120 \$ par année, de 5 municipalités environnantes, et de la MRC par le Pacte rural pour un montant de 30 000 \$) atteint presque le même niveau que la contribution des membres (86 300 \$). Or, comme la vente de cartes de membres diminue rapidement après les deux premières années d'opération, jusqu'à s'épuiser, la contribution des autorités locales devient de plus en plus cruciale au maintien d'une coopérative santé qui n'exige aucune cotisation annuelle. Cette coopérative se trouve déjà, à sa troisième année d'opération, dans une situation financière précaire. Pour la mise sur pied de la Coopérative de solidarité santé de Sainte-Thècle, la municipalité de Sainte-Thècle a avancé 65 000 \$, le CLD a fourni une somme de 25 000 \$, et la MRC par le Pacte rural, un montant de 30 000 \$, pour un total de 40 % de contributions provenant des autorités publiques locales sur un montant total de 290 000 \$ (Pierre PELCHAT, «La coop, c'est la santé», *Le Soleil*, 7 juin 2003, p. D3).

Les autorités municipales disposent-elles des compétences et des pouvoirs nécessaires pour participer à la mise en place d'une coopérative de santé et contribuer à son financement? Les municipalités n'ont pas de compétence directe en matière de prestation de soins de santé et leur rôle dans la mise en place des coopératives de santé ne touche pas à cette dimension. Leur action prend plutôt la forme du financement d'activités tenues par d'autres et de la participation d'élus locaux aux instances facilitatrices mises en place. Certains maires ou conseillers municipaux, anciens ou en fonction, occupent également des postes au sein de la coopérative de santé⁶⁸.

Les municipalités s'appuient sans doute sur la *Loi sur les compétences municipales*⁶⁹, qui prévoit aux articles 91(3) et 101 que la municipalité locale et la MRC peuvent accorder une aide financière pour l'exploitation d'un «établissement de santé». La question se pose à savoir si le terme «établissement de santé» de l'article 91 de la loi peut s'interpréter de façon large en incluant la coopérative de santé, ou si un établissement doit se limiter à l'établissement de santé au sens de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*.

Cette analyse doit prendre en compte le rôle que joue dans le cadre juridique des municipalités la *Loi sur*

⁶⁸ Le directeur de la Coopérative de solidarité en soins de santé du cœur de Gatineau, M. Yves Côté, a été maire de la municipalité hôte de Gracefield pendant vingt ans. M. Denis Marion, maire de Massueville, occupe en même temps le poste de directeur de la Coopérative de solidarité santé du Bas-Richelieu et des Maskoutains, située à Massueville.

⁶⁹ L.R.Q., c. C-47.1.

*l'interdiction de subventions municipales*⁷⁰ qui interdit toute subvention aux établissements industriels ou commerciaux. L'article 90 de la *Loi sur les compétences municipales* précise qu'il y a des exceptions à la prohibition des subventions municipales, dont ne font pas partie les situations visées par l'article 91. Il faut donc conclure que le financement par la municipalité d'un «établissement de santé», ne doit en aucun cas servir à, «ni directement, ni indirectement, venir en aide à un établissement industriel ou commercial»⁷¹.

D'autres municipalités utilisent une technique différente que le soutien direct à la coopérative pour soutenir son activité, en créant un organisme sans but lucratif sous la forme d'une société instituée en vertu de la partie III de la *Loi sur les compagnies*. Par exemple, la municipalité de Pointe-aux-Pères agissait par le biais de la *Corporation de développement économique de Pointe-aux-Pères*⁷². La municipalité de Roxton Pond a mis sur pied la *Corporation de développement économique, social et communautaire de Roxton Pond Inc.* Cette société recueille les subventions et les dons provenant de la municipalité et d'autres sources. Elle est propriétaire de l'immeuble construit sur un terrain d'une valeur de 70 000 \$ donné par la municipalité. L'immeuble est loué à la coopérative de santé de façon fictive, puisque le coût du loyer est remboursé à la coopérative sous forme de donation à la fin de l'année. La municipalité a aménagé une nouvelle rue dans le

secteur (Carrefour de la santé) dont les dépenses ont été assumées par les frais généraux de voirie de la municipalité. La municipalité a cautionné l'emprunt de 450,000 \$ pour la construction du nouvel immeuble et finance l'hypothèque de cet emprunt, à hauteur de 30,000 \$ par année.⁷³

Le rôle des instances publiques locales n'est sans doute pas étranger au fait que les statuts de coopératives que nous avons pu consulter mentionnaient le plus souvent un territoire précis d'activité et de recrutement des membres, qui se définit souvent par le périmètre des instances locales qui participent au financement de la coopérative⁷⁴, tout en dessinant parfois un périmètre associé au Centre de santé et services sociaux de la région.

Il faut se rappeler que les municipalités exercent des compétences qui leur permettent, dans certains cas, de restreindre l'accès aux services aux seuls

⁷⁰ L.R.Q., c. I-15.

⁷¹ *Id.*, art. 1.

⁷² Carl THÉRIAULT, «Pointe-aux-Pères: une coop de services de santé», *Le Soleil*, 19 mars 1996, p. A3.

⁷³ Entretien avec le maire de Roxton Pond et dirigeant de la coopérative, M. Raymond Loignon, le 10 juin 2009.

⁷⁴ Par exemple, les statuts de constitution de la Coopérative de solidarité santé de St-Boniface mentionnent comme marchés potentiels envisagés: «St-Boniface et ses environs». Ceux de la Coopérative de solidarité santé de Roxton Pond décrivent ainsi les marchés envisagés: «La population visée par ce projet est décortiquée en trois strates d'importance, soit les résidents de Roxton Pond ainsi que les patients actuels des médecins de la coopérative, les résidents des municipalités de Saint-Joachim-de-Shefford et de Sainte-Cécile-de-Milton et la population des municipalités à l'intérieur d'un périmètre de 15 kilomètres de rayon de Roxton Pond à l'intérieur des limites du CSSS de la Haute-Yamaska.»

citoyens de leur territoire, à l'exclusion des autres, ou selon un tarif préférentiel accordé à leurs résidents. C'est le cas, par exemple, des services de distribution de l'eau, de la lutte contre les incendies ou de certains services de loisirs et de culture, dont seuls les résidents de la municipalité peuvent obtenir la prestation ou bénéficier de tarifs préférentiels.

Il existe par ailleurs d'autres types de services municipaux où il est interdit à la municipalité d'accorder une exclusivité ou une préférence à ses résidents ou ses contribuables, même si ceux-ci assurent la plus grande partie du financement. C'est le cas, par exemple, de l'accès aux routes publiques (qu'elles soient de compétence fédérale, provinciale ou municipale) qui, en raison de la liberté de circulation de tout citoyen, ne peut être interdit ou restreint sur la base d'un rattachement territorial quelconque.

Les autorités locales qui appuient une coopérative de santé pourraient être tentées de demander ou de s'attendre à certains privilèges d'accès pour leurs résidents, en raison même du financement qui provient dans une large mesure des contribuables locaux. Ce type d'attente serait conforme à une logique tout aussi normale que fréquente dans le domaine des services municipaux. Malheureusement, nous ne disposons d'aucune donnée pour déterminer si le financement de la coopérative de santé par les autorités publiques locales se répercute ou non dans une politique explicite ou implicite d'exclusion relative des personnes situées en dehors du périmètre des autorités locales qui agissent comme bailleurs de fonds. Cette question devrait faire l'objet d'une analyse plus poussée pour compléter le tableau de l'analyse d'impact de

l'implantation des coopératives de santé sur le territoire québécois.

Les circonstances démographiques qui affectent les régions périphériques du Québec et les difficultés que vivent les municipalités rurales et périurbaines les placent dans une logique qui leur laisse peu d'options quant à la lutte pour leur survie. Le phénomène est bien décrit par M. André Veillette, maire de Sainte-Thècle, petite municipalité de 2500 habitants de la Mauricie, confrontée à la perte des services médicaux de première ligne :

«On se bat contre l'exode des jeunes, mais aussi contre l'exode des personnes âgées. S'il n'y a pas de services médicaux à proximité, plusieurs vont déménager et ne reviendront pas. Pourtant, plusieurs gens viennent ici pour prendre leur retraite. On a beaucoup de chalets à Sainte-Thècle, à Lac-aux-Sables. Il y a beaucoup de gens de Québec, Shawinigan, Trois-Rivières qui ont des chalets ici.»

Le maire Veillette poursuit en expliquant que l'exode des personnes âgées en raison des difficultés d'accès aux services de santé de 1^{re} ligne se traduit nécessairement par une baisse de la valeur foncière et donc par une diminution des revenus et des services de la municipalité, alimentant le cercle vicieux de la hausse du taux d'imposition qui pousse à son tour vers la fuite des nouveaux arrivants⁷⁵.

L'implication des autorités publiques locales à la mise sur pied et au financement des coopératives de santé ne fait pas que soulever la question plus technique de ses assises juridiques. Elle pose la question beaucoup plus large de la répartition des compétences entre les

⁷⁵ P. PELCHAT, préc., note 42.

autorités locales et les pouvoirs publics nationaux ainsi que l'enjeu de l'équité d'accès aux services publics à travers l'ensemble du territoire québécois.

D'un côté, les élus locaux estiment qu'ils ne peuvent rester immobiles devant les demandes de leurs concitoyens et la menace que représentent pour leur territoire la pénurie des services médicaux et l'incapacité des autorités nationales de répondre adéquatement à la demande de services. Ils sont alors prêts à s'engager dans une démarche de mobilisation des forces vives pour apporter une solution locale au problème, tout en engageant des ressources financières importantes à même les budgets municipaux.

D'un autre côté, les élus locaux commencent à discerner que le beau projet de mobilisation et de coordination territoriale recèle des dimensions plus nébuleuses qui commandent une réflexion d'ensemble. À l'automne 2008, les maires de la MRC de Nicolet-Yamaska lançaient un cri d'alarme en réaction aux pressions engendrées par la situation qui force les autorités locales rurales à investir des ressources publiques dans ces projets. Ils ont ainsi dénoncé le fait que les ressources publiques investies servent d'abord et avant tout à enrichir les médecins qui profitent de la surenchère à laquelle se livrent entre elles les communautés locales :

« Nous ne pouvons pas dénoncer la prise en main d'une communauté qui veut s'offrir des services, qu'ils soient médicaux ou autres. Mais ces initiatives sont-elles couronnées de succès et permettent-elles d'améliorer l'accès aux soins? De plus en plus d'indices montrent que l'on déplace ainsi simplement le problème d'un territoire rural à un autre. Et surtout, est-ce équitable pour les commu-

nautés et citoyens ruraux comparative-ment au restant de la population? Nous pensons que ce type d'initiative induit des effets pervers que nous ne devons pas sous-estimer. »⁷⁶

Comme on pouvait s'y attendre, le Collège des médecins, par la voix de son président, le Dr Yves Lamontagne, a vite réagi à la dénonciation des maires, en niant que les médecins puissent s'adonner à de la surenchère. Il y voit simplement un effet de la pénurie généralisée qui crée des conditions « à la guerre comme à la guerre ». Le président de la FMOQ, le Dr Louis Godin, ne croit pas, pour sa part, que les médecins demandent trop. Il y voit plutôt une confirmation que les conditions du financement en clinique privée par la RAMQ sont insuffisantes⁷⁷.

B. Les politiques publiques d'accès aux services de première ligne

Les soins médicaux du Québec font l'objet d'une hiérarchisation organisationnelle: les soins primaires (ou de 1^{re} ligne) offerts principalement par les médecins de famille; les soins spécialisés (ou de 2^e ligne) offerts surtout par les médecins spécialistes et, enfin, les soins surspécialisés (ou de 3^e ligne), coordon-

⁷⁶ COLLECTIF DES MAIRES DE LA MRC DE NICOLET-YAMASKA, « Pénurie de médecins. Une menace en région rurale », *Le Devoir*, 21 octobre 2008, p. A9.

⁷⁷ Claudette SAMSON, « Le Collège des médecins réfute l'idée de la surenchère en région », *Le Soleil*, 25 octobre 2008, p. 29.

nés par les RUIS (réseaux universitaires intégrés de santé).

L'accès aux soins spécialisés a récemment fait l'objet de débats et réformes significatives, dans la foulée de la décision de la Cour suprême dans l'affaire *Chaoulli*⁷⁸. Les délais d'attente pour les chirurgies non urgentes⁷⁹ ont agi comme un catalyseur pour les réformes visant la réorganisation des services de 2^e ligne. Les objectifs et les effets de cette réforme demeurent un objet de débats⁸⁰.

La coopérative de santé, quant à elle, se situe au cœur de l'enjeu de l'accès à la première ligne de soins médicaux, et notamment, dans les régions rurales et périurbaines où ses assises sont plus fortes. On a observé qu'elles s'y implantent davantage que dans les régions métropolitaines ou les régions plus éloignées, dites régions ressources.

En bref, la politique de la coopérative vise à influencer, à son échelle, la répartition territoriale ou le lieu de pratique des omnipraticiens, à l'avantage des populations qu'elle veut servir. Il devient donc important d'inclure dans notre analyse de la coopérative de santé des politiques publiques plus globales qui ont également pour objectif d'influencer la répartition des ressources médicales à travers le territoire québécois. Cette discussion devrait permettre de mieux comprendre l'interaction entre les politiques publiques et les stratégies poursuivies par les coopératives et leurs promoteurs.

⁷⁸ *Chaoulli c. Québec (P.G.)*, [2005] 1 R.C.S. 791.

⁷⁹ L'anglicisme de *chirurgies électives* est d'usage plus répandu.

⁸⁰ Marie-Claude PRÉMONT, «Clearing the Path for Private Health Markets in post-Chaoulli Quebec», (2008) *Health Law Journal* (Special Edition) 237.

1. La répartition territoriale des médecins

Les pouvoirs publics jonglent depuis longtemps avec différentes méthodes pour tenter d'établir une meilleure concordance entre les besoins de la population et les ressources médicales disponibles. Ce travail se fait à différents niveaux, depuis l'échelle nationale où le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec est maître d'œuvre, en passant par l'échelle régionale de l'Agence de santé et de services sociaux et des réseaux universitaires intégrés de santé, ainsi qu'à l'échelle locale des Centres de santé et de services sociaux (CSSS) et des Centres hospitaliers (n'oublions pas que plusieurs Centres hospitaliers ne sont pas rattachés à un CSSS).

Outre l'augmentation du nombre total de médecins en pratique⁸¹, les poli-

⁸¹ La stratégie de décentralisation de la formation universitaire en région semble également donner de premiers résultats encourageants. Ainsi, grâce à la formation de médecins au Centre hospitalier de Trois-Rivières par la Faculté de médecine de l'Université de Montréal, la Mauricie serait en voie de régler son problème chronique de pénurie d'effectifs médicaux. Sarah-Maude LEFEBVRE, «Les jeunes médecins moins réfractaires aux régions», *24 heures*, 22 juin 2009. De même, la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke forme maintenant des étudiants à Saguenay, tandis que la Faculté de médecine de l'Université McGill, qui forme le moins d'omnipraticiens parmi les quatre facultés du Québec, s'engage à accroître sa présence en région. Denis MÉTHOT, «Formation de médecins de famille. L'Université McGill amorce un virage majeur», *L'Actualité médicale.com*, 22 juin 2009.

tiques publiques à l'échelle du Québec tentent d'influencer deux principaux paramètres pour améliorer l'accès aux soins primaires de santé: la répartition territoriale des omnipraticiens et leurs modes de pratique.

Au chapitre de la répartition territoriale, la L4S prévoit l'adoption de plans d'effectifs médicaux à l'échelle régionale (PREM: plans régionaux d'effectifs médicaux) qui relèvent de la compétence conjointe du ministre et des Agences de santé et de services sociaux (art. 377). Ces plans régionaux doivent se traduire à l'échelle locale par des plans d'effectifs médicaux (PEM), sous la responsabilité des CSSS et des centres hospitaliers (art. 171 et 184), et soumis à l'approbation de l'Agence. Chaque année, les besoins d'effectifs médicaux au plan local sont transmis par les établissements à l'Agence et examinés par différentes instances (département régional de médecine générale et département régional de médecine spécialisée). Les PEM retenus sont alors transmis à un comité du Réseau universitaire intégré de santé (RUIS) où s'effectuent les arbitrages, compte tenu des nouveaux effectifs anticipés et des priorités. Le RUIS transmet ensuite sa proposition à un comité provincial conjoint formé du ministère et des fédérations médicales pour adoption. Un nouveau médecin ne peut pratiquer dans une localité ou un établissement que si un poste au PREM et au PEM est disponible, à moins qu'une dérogation n'ait été obtenue.

Des incitatifs financiers pour pourvoir certains territoires et leurs lieux de pratique sont également mis en place, sur la base d'un décret du ministre qui désigne des territoires en carence de pro-

fessionnels⁸². Cette détermination permet par la suite, dans le cadre de la négociation de l'entente de rémunération entre le ministre et la FMOQ, de prévoir des rémunérations majorées pour les médecins qui font le choix d'y exercer leur profession.

Des mesures agissant à l'inverse, comme dissuasion financière, sont aussi mises en œuvre par une réduction de 30 % de la rémunération, afin de décourager la pratique des médecins dans les régions centrales (Montréal, Laval, Québec, etc.) au cours des trois premières années d'inscription à la RAMQ⁸³. Les médecins de famille en début de carrière sont ainsi incités à se diriger vers les régions plus éloignées des grands centres. On constate donc que l'action publique use de l'argument financier pour convaincre le médecin de pratiquer à un endroit plutôt qu'à un autre. Les mesures financières incitatives mises en place par d'autres acteurs, dont les coopératives de santé, pour influencer le lieu de pratique du médecin interagissent donc nécessairement avec les politiques publiques.

2. Les modes de pratique

Les pouvoirs publics peuvent également tenter d'influencer les modes de pratiques ou le type d'exploitation où le médecin exerce sa profession. La technique de la détermination des territoires insuffisamment pourvus en médecins

⁸² LAM, art. 19 al. 3 et 77.2 et Arrêté ministériel concernant la liste des territoires insuffisamment pourvus de professionnels de la santé, (1997) 129 G.O. II, 914.

⁸³ Règlement sur la rémunération différente pour les médecins omnipraticiens durant les premières années d'exercice de leur profession, (1993) 125 G.O. II, 8908.

(section II.B.1) permet à cet égard de préciser que seuls les services fournis dans un Centre hospitalier, un CLSC ou un Centre d'accueil pourront bénéficier des mesures financières incitatives qui y sont associées. La législation québécoise instaure également la technique des activités médicales particulières (AMP) visant surtout à favoriser la pratique dans les urgences, dans les hôpitaux et dans les centres d'hébergement (art. 360 et 361 L4S). Jusqu'à maintenant, ces AMP n'incluent pas le suivi à long terme de patients. C'est pourquoi l'obligation de réaliser des AMP pour les nouveaux médecins a provoqué en fait une réduction du suivi de clientèles et accentué les difficultés d'accès au médecin de famille en cabinet, puisque le médecin qui ne réalise pas ses AMP est financièrement pénalisé. On constate donc que l'attrait financier représente un axe majeur par lequel les pouvoirs publics tentent d'inciter les médecins à adopter un mode de pratique ou un autre, et d'exercer dans un lieu plutôt qu'un autre.

À la suite des recommandations de la Commission Clair⁸⁴, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec a ajouté une dimension importante pour influencer les modes de pratiques des omnipraticiens au cours des dernières années, en favorisant la pratique médicale de groupe et interdisciplinaire par l'implantation des Groupes de médecine familiale (GMF)⁸⁵ et des cliniques réseau.

C'est ici une double composante financière et de la qualité de la pratique qui est mise en œuvre.

L'objectif d'implantation de 300 GMF d'ici 2010 rencontre des difficultés puisqu'à un an et demi de l'échéance, leur nombre n'atteint que 193. L'échéancier d'implantation des 300 GMF a été repoussé à 2013, pendant qu'une table de concertation consacrée à la médecine familiale a récemment été mise sur pied afin d'étudier l'ensemble du problème.⁸⁶

La pratique en GMF et en cliniques réseau vise essentiellement à rompre avec la médecine omnipratique fragmentée du sans- rendez-vous, afin de favoriser la prise en charge fidélisée et en continuité qui représente une meilleure pratique médicale, autant dans l'intérêt du patient que dans l'intérêt d'une meilleure utilisation des fonds publics. La politique du GMF a également pour objectif de cibler la prise en charge des populations plus vulnérables. En échange de ressources financières supplémentaires allouées à ces groupes pour financer notamment l'immobilisation, la participation d'infirmières, le personnel administratif et l'accès aux services diagnostiques, le groupe s'engage à offrir une accessibilité accrue (24/7) et des activités de prévention.

Il est frappant de noter une similitude entre les mesures publiques pour favoriser la mise en place de GMF et de cliniques-réseaux avec les stratégies poursuivies par les coopératives de santé. On y trouve autant l'incitatif financier (pour réduire les coûts de pratique) que les

⁸⁴ COMMISSION D'ÉTUDE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, présidée par Michel CLAIR, *Les solutions émergentes*, Québec, MSSS, 2000.

⁸⁵ MSSS, *Plan stratégique de 2005-2010 du ministère de la Santé et des Services sociaux*, Québec, Publications du Québec, 2005.

⁸⁶ Denis MÉTHOT, « La Table de concertation se réunit pour une première fois. Mobilisation générale autour de la médecine familiale », *L'actualité médicale.com*, 4 mai 2009.

mesures visant à améliorer la qualité de la pratique médicale omnipratique (travail interprofessionnel et accès aux services). La convergence entre les deux stratégies se confirme dans le fait que certaines coopératives de santé obtiennent le statut de GMF⁸⁷, ou que certains GMF adoptent la formule de la coopérative. Les formules de financement ont en effet incité quatre coopératives de santé à obtenir leur accréditation comme GMF. Trois autres sont en processus d'accréditation. Un GMF travaille actuellement à se constituer en coopérative. Ces coopératives de santé-GMF bénéficient alors d'un double appui institutionnel et financier : celui de la coopérative et celui du GMF.

Si le GMF et la coopérative de santé partagent des caractéristiques communes, elles présentent également des distinctions importantes à souligner. D'abord, quant au volume de son activité médicale, mesuré autant par le nombre de médecins que par le nombre de dossiers patients. Le GMF regroupe en moyenne quatre fois plus de médecins, soit 9,6 ETP [équivalent temps plein] médecins tandis que la coopérative en a 2,4⁸⁸. Certaines coopératives de santé se caractérisent encore par une pratique en solo, non pas nécessairement par choix, mais parce qu'elles n'ont pas réussi à attirer un autre médecin ou que le volume d'activités ne le justifie pas. Au chapitre des patients, le GMF regroupe en

moyenne 9400 patients⁸⁹. Les chiffres précis de la coopérative moyenne ne sont pas disponibles. L'enquête de la FCSDSQ indique simplement que la majorité des coopératives de santé présente de 500 à 3000 dossiers de membres ou de non-membres. Évidemment, la grande différence entre ces deux formes de structures concerne les modes de financement d'appoint pour les coûts de la pratique multidisciplinaire, qui proviennent du MSSS pour les GMF et de la communauté locale pour la coopérative de santé. Il faut de plus ajouter l'effet structurant du rôle des membres de la coopérative de santé, phénomène absent du GMF. Si en principe le GMF doit, sans restriction, inscrire tout patient qui le demande, on aurait signalé des GMF qui affichent complet et ne prennent plus d'inscriptions (entretien téléphonique avec M. Côté de la coop de Gracefield).

Il faut se demander si les mesures de recrutement de médecins par les coopératives de santé peuvent contrecarrer, compétitionner, s'opposer ou plutôt compléter les politiques nationales quant à la répartition territoriale des médecins et aux modes de pratique. Si, à l'intérieur d'une même région en besoin, une coopérative de santé offre des conditions de pratique plus intéressantes que celles qui sont adoptées par les pouvoirs publics, elle est susceptible d'y drainer les médecins, au détriment d'autres secteurs où les besoins

⁸⁷ Dominique LA HAYE, «Un groupe de médecine familiale à la coop santé d'Aylmer», *Le Droit*, 27 juin 2007, p. 4.

⁸⁸ P. LEBLANC, préc., note 14, rapporte une moyenne de 4,4 médecins par coopérative, qui pratiquent en moyenne 12,7 heures par semaine.

⁸⁹ Yolaine GALARNEAU, «Les coopératives de santé: Apport & complémentarité avec le réseau de la santé et des services sociaux», Colloque provincial sur les coopératives de santé, Montréal, 29 avril 2009. Le nombre moyen de patients est obtenu en divisant le nombre total de patients inscrits (1 821 827) par le nombre de GMF (193 accrédités).

pourraient être encore plus criants. À notre connaissance, aucune étude ne s'est encore penchée sur cet enjeu, mais la similarité des outils à conviction pour attirer les médecins dans une forme ou dans l'autre permet de poser l'hypothèse que l'interaction et la compétition sont fortes entre ces deux mécanismes⁹⁰.

Lorsqu'aux conditions avantageuses de la coopérative de santé s'ajoutent les bénéfices associés au GMF et, pour les régions périphériques, le bonus de rémunération et des avantages supplémentaires (frais de déplacement pour la formation continue), on constate alors une multiplication inquiétante des incitatifs financiers au médecin dont les effets de distorsion sur les politiques publiques de répartition des effectifs médicaux sur le territoire demeurent inconnus. Cette situation place le médecin dans une position de négociation forte qui lui permet alors de mettre ces politiques et stratégies en concurrence afin d'en soutirer le meilleur bénéfice pour son intérêt personnel. Cette hypothèse rejoint le constat tiré par les maires de la MRC de Nicolet-Yamaska, relevé plus haut⁹¹.

Plusieurs critiques s'élèvent contre les politiques publiques de la répartition des effectifs à travers le territoire et les lieux de pratique⁹². De plus, les mesures

visant à contraindre ou influencer la répartition des ressources à travers le territoire peuvent aussi entrer en conflit avec d'autres politiques gouvernementales, comme celle favorisant la mobilité de la main-d'œuvre à l'échelle canadienne ou internationale⁹³.

Il ne faut pas tenir nécessairement pour acquis que les politiques publiques, aussi bien intentionnées soient-elles, donnent toujours les effets escomptés dans le meilleur intérêt public. Il faudrait notamment distinguer les critiques qui relèvent davantage de l'intérêt corporatif des professionnels⁹⁴, de celles qui mettent en évidence des effets contraires aux objectifs visés. Il est essentiel de prendre acte de l'interaction des stratégies mises en place par les coopératives dans une analyse plus globale des politiques publiques. La recherche de la meilleure répartition des effectifs médicaux pourrait être compromise si le contexte favorise l'atteinte de l'intérêt individuel du médecin au détriment de l'intérêt collectif de la population.

⁹⁰ L'accès limité aux données nous permet néanmoins de confirmer deux cas où le médecin se joignant à une coopérative de santé cesse en conséquence sa pratique en CLSC.

⁹¹ Voir : section II.A.3 et note 76.

⁹² Certains avancent que les AMP et leurs principes d'application doivent être révisés, puisqu'ils ont contribué aux difficultés de prise en charge des patients par les médecins de famille : François-Pierre

GLADU, « Le nécessaire coup de barre du navire de la santé », *Le Devoir*, 5 novembre 2004, p. A9; « Deux millions de Québécois sans médecin de famille », *Le Devoir*, 8 mai 2006, p. A6. D'autres soutiennent que les GMF alimentent la perte de médecins de CLSC, tout en consolidant les cliniques privées : Claudette SAMSON, « Le CLSC La Source coupe encore », *Le Soleil*, 10 janvier 2009, p. 21.

⁹³ Denis MÉTHOT, « Contradiction. Mobilité médicale à l'intérieur du Canada, restrictions par les PREM au Québec! », *L'Actualité médicale.com*, 22 juin 2009.

⁹⁴ Brian GORE, « De bonnes raisons à la colère des médecins », *Le Devoir*, 6 septembre 2006, p. A7; André NOËL, « Le Collège contre la conscription des médecins », *La Presse*, 2 avril 2008, p. A14.

La répartition des médecins sur le territoire risque-t-elle ainsi de réagir plus vite à la capacité d'une communauté de se mobiliser pour offrir des avantages financiers au médecin plutôt que de répondre aux besoins réels des résidents mis en concurrence les uns contre les autres? Assiste-t-on à une surenchère entre municipalités et communautés pour faire déplacer le médecin d'un point A au point B? «Puisque de plus en plus d'établissements tentent d'attirer des professionnels de la santé dans leur coin de pays, le risque de créer une surenchère au détriment des plus petites communautés moins riches est bien présent», selon Madame Paulette Lalande, préfet de la Municipalité régionale de comté de Papineau, une région où les coopératives se mettent en place pour lutter contre la pénurie marquée de médecins dans la région de l'Outaouais⁹⁵.

Un indice supplémentaire de l'effet de surenchère auprès des médecins nous est donné par le fait que plusieurs coopératives se mettent en place, non pas pour y implanter un service absent, mais pour maintenir en place une clinique déjà existante qui menace de fermer ses portes et de déménager ailleurs à moins d'une prise en charge de ses frais de bureaux par la communauté⁹⁶.

⁹⁵ Louis-Denis ÉBACHER, «Les coops de santé loin d'être éphémères», *Le Droit*, 18 octobre 2008, p. 12.

⁹⁶ Plusieurs coopératives sont en fait une transformation de la structure corporative de la pratique omnipratique (comme la Coopérative de solidarité de la clinique santé de Gatineau). L'histoire de la Coopérative de solidarité en soins de santé de Thurso est particulièrement intéressante à ce sujet puisque qu'une étape préliminaire à l'implantation de la coopérative

Certaines coopératives de santé tentent d'obvier à la compétition infrarégionale observée en agissant sur un territoire plus large. Elles instaurent des mécanismes de coordination au niveau de la MRC pour éviter que les coopératives s'adonnent à une concurrence nuisible à l'ensemble des communautés à desservir. La formule se traduit ainsi par une coopérative à l'échelle régionale, avec des points de services dans plusieurs localités⁹⁷.

La compétition observée entre les politiques publiques et la stratégie de la coopérative de santé se complexifie davantage lorsque l'analyse s'étend aux relations commerciales entre médecins et pharmaciens, dont nous allons traiter à la prochaine section.

s'y observe. En effet, sous la menace des deux médecins propriétaires de la clinique médicale de la rue Galipeau de fermer, en raison des frais d'exploitation de la clinique, la municipalité a acheté l'actif de la clinique (au coût de 147 000 \$) afin de convaincre les médecins propriétaires de poursuivre leurs opérations sans frais sur le territoire de la municipalité. La transformation de la clinique en coopérative en 2006 a permis de franchir une nouvelle étape structurelle et de procurer des bénéfices aux médecins. Yves Soucy, «Une coopérative de santé verrait le jour à Thurso», *Le Droit*, 26 janvier 2006, p. 6; «Thurso cède un immeuble à la coopérative de soins de santé», *Le Droit*, 10 mai 2007, p. 16.

⁹⁷ La coopérative de solidarité de santé de la MRC Robert-Cliche en Beauce en est un bel exemple: <<http://www.coopdesante-robertcliche.com/>>.

III. La stratégie des chaînes de pharmacies et la déontologie professionnelle

Nous avons souligné que les coopératives de santé, tout comme les GMF, visaient à instaurer une pratique de la médecine de première ligne qui se distingue de la pratique fragmentée, caractérisée par les cliniques médicales sans rendez-vous. Encore faudrait-il mieux comprendre quels sont les facteurs qui ont favorisé la prolifération de ce type de pratique qu'entendent combattre ou remplacer autant les GMF et les cliniques réseau que les coopératives. Nous allons également observer que les pouvoirs publics et les coopératives de santé n'ont pas l'exclusivité des incitatifs financiers versés aux médecins pour les attirer dans certains lieux de pratique. Il faut donc pousser plus loin l'hypothèse d'analyse voulant qu'il soit pertinent d'évaluer le rôle et la place des coopératives de santé dans le contexte plus large de la pratique des omnipraticiens du Québec.

A. La consolidation stratégique des cliniques privées

Au moment où il proposait le modèle de la coopérative de santé comme une autre option pour la pratique de la médecine familiale, le Conseil de la coopération du Québec soulignait en 2006 que le modèle d'affaires «One stop shop», faisait des ravages dans la répartition des effectifs médicaux au Québec :

«Ce modèle consiste à intégrer des services multiples en santé en un seul lieu; pharmacie, épicerie/ supermarché et clinique médicale. Il oriente les cliniques

médicales là où il existe une masse critique de consommateurs et il généralise le «sans rendez-vous» sans mettre l'accent sur le suivi médical. La généralisation de ce modèle d'affaires «One stop shop» détermine la répartition infra-régionale des effectifs médicaux sur la base des forces du marché de consommation. De 1500 cliniques privées avec médecins en l'an 2000, on en trouve aujourd'hui que 840. De plus, le suivi médical est quasi absent des préoccupations. Les agents économiques facilitent l'implantation de médecins en leur fournissant des services clé en main (locaux, équipement, facturation) dans l'objectif d'augmenter l'achalandage des commerces localisés dans le même environnement.»⁹⁸

Comme le souligne le Conseil de la coopération du Québec, une diminution de 1500 cliniques médicales en l'an 2000 à 840 cliniques en 2006 représente la disparition de 44 % des cliniques de première ligne en six ans. Cette restructuration considérable des cliniques médicales ne peut s'être produite par le seul fait du hasard ou sous la «main invisible» du marché.

Une hypothèse forte de la cause de cette restructuration tient à la stratégie déployée par les chaînes de pharmacies du Québec pour intégrer la présence de cabinets de médecins à l'intérieur du même complexe immobilier que les pharmacies⁹⁹. Le ministère de la Santé et des

⁹⁸ CONSEIL DE LA COOPÉRATION DU QUÉBEC, préc., note 6, p. 15.

⁹⁹ D'autres types de commerces de grande surface envisagent aussi cette liaison avec les cliniques médicales, mais leurs effets demeurent jusqu'ici beaucoup moins importants: Daphné BÉDARD, «Au tour de Loblaws d'offrir le gîte aux médecins», *Le Soleil*, 23 septembre 2004, p. A1;

Services sociaux du Québec a dressé un portrait de la répartition géographique et des caractéristiques des cliniques médicales d'omnipratique en 2000, soit juste avant cette dernière période de disparition rapide des cliniques médicales. L'enquête révélait que déjà plus des deux tiers des cliniques partageaient un même immeuble avec une pharmacie¹⁰⁰.

Les cliniques médicales qui ferment sont surtout celles qui appartiennent à des médecins, et qui déménagent leurs activités dans des complexes immobiliers sous le contrôle des grandes chaînes de pharmacies. Les faits révélés par la requête du Dr Daniel Poulin, les admissions de la ministre Boulet, les constats de l'Office des professions du Québec et de l'Ordre des pharmaciens du Québec, dont nous allons traiter dans les prochaines sections, confirment que le phénomène de la fermeture des cliniques médicales et de leur consolidation généralisée au sein de complexes immobiliers où se trouve une pharmacie, se déploie depuis plusieurs années, voire quelques décennies, à la grandeur du Québec.

1. Une stratégie commerciale de bénéfices mutuels

Les propriétaires de pharmacies ont depuis longtemps compris qu'il était

dans leur intérêt commercial d'installer leur officine à proximité de cabinets de médecins. Comme une visite médicale se termine dans la majorité des cas par une prescription de médicaments, le patient complète normalement sa consultation par l'achat du médicament prescrit par le médecin. Même en l'absence de toute incitation de la part du médecin d'utiliser la pharmacie de proximité, les probabilités sont fortes que le patient fera ses achats sur place, évitant ainsi de se rendre dans un autre lieu, plus ou moins éloigné, avant de poursuivre ses activités de la journée. Bref, la proximité d'une clinique médicale assure à la pharmacie des lieux un achalandage certain¹⁰¹.

Certains soutiennent qu'une stratégie commerciale courante et rationnelle comme celle de l'intégration des cliniques médicales au complexe immobilier de la pharmacie ne devrait susciter aucune réprobation de la part de la population ou des autorités publiques. Après tout, le patient est mieux servi lorsqu'il peut trouver plus rapidement et sans déplacement supplémentaire réponse à ses besoins de consommation. Le médecin y trouve son bénéfice dans une réduction de ses coûts de fonctionnement, et le pharmacien est justifié d'en-

Pascale BRETON, «Après les pharmacies, des cliniques dans les Loblaws», *La Presse*, 24 septembre 2004, p. A5; Annie LAFRANCE, «Wal-Mart dit non aux cliniques médicales», *La Presse*, 16 octobre 2004, p. A15.

¹⁰⁰ MSSS, *Répartition géographique et caractéristiques des cliniques médicales d'omnipratique au Québec en 2000*, Québec, Publications du Québec, 2001, p. 17 et Figure 17.

¹⁰¹ Hélène BARIL, «Loyers aux médecins: une bonne stratégie selon Jean Coutu», *La Presse*, 27 octobre 2004, p. 2. Une pharmacie a même poursuivi une clinique médicale pour dommages au motif qu'elle avait réduit considérablement le nombre de prescriptions à la suite de la défection de plusieurs médecins, entraînant ainsi une perte de valeur marchande de la pharmacie: Nicolas BÉRUBÉ, «La pharmacienne poursuit le médecin», *La Presse*, 14 octobre 2004, p. A1.

courir des frais qui sont remboursés par une augmentation de son chiffre d'affaires¹⁰². Il s'agirait d'une situation gagnant-gagnant de bénéfiques mutuels.

On ajoute que le marché locatif commercial fait usage sur une grande échelle de la stratégie des coûts de location différenciés. Le gros locataire d'un centre commercial jouit normalement d'une réduction de loyer, puisqu'il agit comme un aimant de clientèle pour les plus petits commerces adjacents qui bénéficient de sa présence. Pourquoi le même principe ne pourrait-il pas s'appliquer à la relation entre les médecins et les pharmaciens dans le cadre de leurs pratiques commerciales respectives?¹⁰³

Nous connaissons relativement peu de choses des détails des pratiques qu'ont instaurées les pharmacies pour se rapprocher des cliniques médicales ou amener les cliniques médicales dans leur giron, puisque les pouvoirs publics (comme le ministère de la Santé et des Services sociaux ou la RAMQ) et péripubliques (comme l'Office des professions, les ordres professionnels ou les fédérations et associations médicales) ont peu fait pour documenter ou même reconnaître

l'existence du phénomène avant que les médias ne le rendent public. On sait par contre que la stratégie était déjà à l'œuvre au début des années 1990 et s'est par la suite intensifiée.

La guerre commerciale entre les grandes chaînes de pharmacie qui s'est accélérée au cours de la dernière décennie n'est certes pas étrangère au caractère plus mordant des stratégies d'affaires déployées pour accroître les parts de marché et attirer les médecins¹⁰⁴. Les détails les plus complets que nous avons pu identifier sont énoncés dans la requête introductive d'instance précisée des Drs Poulin et Perron du 6 avril 2005 contre le Groupe Jean Coutu¹⁰⁵ et le Collège des médecins du Québec¹⁰⁶. Cette requête a par la suite dû être tronquée de près de la moitié de ses allégations, à la suite de la décision de la Cour supérieure¹⁰⁷, confirmée par la Cour d'appel du Québec¹⁰⁸, qui a accueilli les requêtes en radiation d'allégations du Groupe Jean Coutu et du Collège des médecins au motif qu'elles débordaient de la situation personnelle des demandeurs.

¹⁰² François Jean Coutu s'exprimait ainsi: « Ça fait partie de notre stratégie de développer des destinations médico-pharmaceutiques (...) Ça plaît aux médecins, ça plaît aux pharmaciens et ça plaît au public, alors il n'est pas question que nous cessions de le faire. » H. BARIL, préc., note 101.

¹⁰³ Michel DAGENAIS, «Un réflexe de survie», *La Presse*, 21 septembre 2004, p. A19; Alain DUBUC, «Mais où est le problème?», *La Presse*, 22 septembre 2004, p. A21; Normand CADIEUX, «Une chasse aux sorcières?», *La Presse*, 11 novembre 2004, p. A19.

¹⁰⁴ Diane BÉRARD, «La guerre des pharmacies», *Les affaires.com*, 29 août 2002.

¹⁰⁵ La demande contre le Groupe Jean Coutu a été abandonnée à la suite d'une entente hors cour. La demande est maintenue contre le Collège des médecins et est inscrite pour audition au rôle de la Cour supérieure pour l'automne 2010.

¹⁰⁶ On peut en trouver copie sur le site Web de leurs procureurs: <<http://www.trudeljohnston.com/fr/interet.htm>> (site consulté le 27 juin 2009).

¹⁰⁷ *Poulin c. Groupe Jean Coutu*, 2005 CanLII 12409 (QC C.S.).

¹⁰⁸ *Poulin c. Groupe Jean Coutu*, 2006 QCCA 49.

On y apprend que la stratégie pouvait s'articuler en deux temps. D'abord, les représentants de la pharmacie à bannière présentaient au médecin propriétaire de la clinique médicale une offre à double volet: un montant forfaitaire pour fermer sa clinique actuelle et déménager ses activités dans les nouveaux locaux, propriété de la pharmacie et, par la suite, une location gratuite de ces nouveaux locaux, incluant tous les frais (sauf les frais de ménage des lieux d'occupation de la clinique), ainsi que le financement du personnel administratif nécessaire pour faire fonctionner la clinique.

Si le médecin était réticent ou refusait de signer une telle entente, on pouvait alors augmenter la somme forfaitaire pour l'inciter plus fortement au transfert. Si cette offre améliorée ne donnait toujours pas le résultat escompté, on faisait comprendre au médecin que les offres seraient dorénavant divisées et présentées aux autres médecins qui travaillent dans sa clinique, de façon à les attirer un à un. La stratégie de la pharmacie devait alors graduellement vider la clinique réticente de son personnel médical. Quant à tout perdre, valait donc mieux pour le médecin propriétaire accepter une offre alléchante avant qu'il ne soit trop tard.

Le calcul de la pharmacie repose sur le fait que les bénéfices importants accordés à la clinique médicale qui loge dans les locaux de proximité de la pharmacie sont largement compensés par l'augmentation des profits tirés de la vente des médicaments, générée par l'activité de prescription des médecins attenants. De plus, pour des raisons financières, la chaîne de pharmacie a intérêt à regrouper plutôt que diviser les équipes médicales afin de générer en chaque lieu un volume satisfaisant d'affaires. L'offre des

pharmacies est particulièrement intéressante pour le médecin non-proprétaire qui n'aura plus à payer sa part de location au médecin propriétaire, se traduisant alors par une augmentation immédiate de son revenu, de l'ordre du tiers par rapport à la rémunération prévue par la loi. Les médecins propriétaires, dont certains ont peut-être été plus réticents à signer de telles offres en raison du coût de liquidation de leur propre clinique (hypothèque, baux, etc., sans parler des considérations déontologiques), ont éprouvé de plus en plus de difficultés à recruter des médecins pour travailler au sein de leur équipe, ne pouvant concurrencer de telles offres des pharmacies. Plusieurs ont dû fermer leurs portes sur la base des coûts de maintien de la clinique devenus trop lourds à soutenir pour un nombre réduit de médecins¹⁰⁹.

Dans le projet d'entente soumis par le Groupe Jean Coutu au Dr. Poulin, le médecin qui accepte les incitatifs monétaires s'engage à fermer complètement sa clinique, à y désintéresser ses partenaires médecins, et à tout mettre en œuvre pour qu'ils le rejoignent au nouvel emplacement désigné par la pharmacie. Le médecin signataire doit de plus s'engager à ne plus pratiquer sa profession dans aucun autre emplacement sur le territoire régional, dessiné par les contours de la municipalité hôte de la nouvelle clinique et des municipalités environnantes.

De plus, pour toute la durée initiale de l'entente de cinq ans, le médecin doit, sous peine de pénalités importantes,

¹⁰⁹ Silvia GALIPEAU, «Certaines cliniques manquent de médecins», *La Presse*, 2 septembre 2001, p. A3; Isabelle PARÉ, «65 cliniques ont fermé en quatre ans à Montréal», *Le Devoir*, 27 septembre 2002.

s'engager à maintenir une pratique médicale sans rendez-vous, ouverte au public six jours par semaine pour un minimum de soixante heures, avec un nombre suffisant de médecins pour offrir un service diligent. Le médecin doit également offrir une pratique avec rendez-vous, sans plus de précisions¹¹⁰. La pratique médicale sans rendez-vous y est clairement privilégiée, pour ne pas dire dictée par l'entente, en imposant les heures et les ressources à y consacrer, sous la menace de pénalités financières. La rémunération versée au médecin par le pharmacien sert donc directement à imposer un mode de pratique médicale, qui se situe à l'opposé d'une prise en charge en continuité du patient.

Le Dr Normand Lavoie de Rosemère explique comment le montant forfaitaire offert à la clinique comme incitatif pour déménager ses activités dans le complexe immobilier de la pharmacie est fonction de l'intensité des ordonnances prescrites par les médecins. Ainsi, un médecin dont le profil de prescriptions est plus important se voit offrir de meilleurs avantages et un forfait supérieur, puisqu'il est susceptible de générer plus de profits tirés de la vente de médicaments par la pharmacie¹¹¹. Ce médecin et d'autres expliquent également que si le volume de prescriptions ne correspond pas aux attentes de la pharmacie, des pressions seront exercées sur la clinique médicale pour en augmenter les quantités¹¹².

2. La dénonciation publique de la stratégie commerciale

Ce n'est qu'en septembre 2004 que la stratégie commerciale des pharmacies pour attirer les cliniques médicales de première ligne dans leur giron a éclaté au grand jour, même s'il est admis que les pratiques remontent au moins au début des années 1990. Le Dr Daniel Poulin, médecin de famille et propriétaire d'une clinique médicale à Saint-Constant, et le Dr Robert Perron, associé dans un Centre médical de Laval, dénoncent alors publiquement la concurrence déloyale que leur livre la chaîne de pharmacies Jean Coutu en offrant aux médecins de leur région respective l'occupation de cliniques médicales clés en main avec loyers gratuits. Le Dr. Poulin rapporte qu'on lui a d'abord offert jusqu'à 650 000 \$ (500 000 \$ dans un premier temps, augmenté à 650 000 \$ à la suite de ses premières réticences) pour qu'il ferme sa clinique et emménage dans de nouveaux locaux en construction par le Groupe Jean Coutu, où le loyer et le personnel administratif serait payé par la pharmacie attenante (laquelle se fait rembourser par le Groupe Jean Coutu). À la suite du maintien de ses réticences, on le menace alors de débaucher un à un ses partenaires médecins, avec des offres monétaires individuelles, de sorte qu'il ne pourrait plus, de toute façon, opérer sa clinique puisque le renfort médical lui ferait défaut.

Les médias ont vite rapporté les faits dénoncés, qui soulevaient en outre d'importantes questions de déontologie professionnelle¹¹³. Le ministre de la Justice

¹¹⁰ Par. 64 de la requête.

¹¹¹ Par. 110-117 de la requête.

¹¹² Par. 146, 149, 153, 154 de la requête.

¹¹³ André NOËL, « Les pharmacies soignent les médecins », *La Presse*, 20 septembre

responsable de l'application des lois professionnelles, Jacques Dupuis, a tout de suite demandé à l'Office des professions du Québec [ci-après OPQ] de lui dresser un portrait de la situation et de lui faire rapport.

Quelques jours plus tard, soit le 1^{er} novembre 2004, la question prenait un nouveau tournant lorsque les médias rapportaient que la ministre déléguée aux Transports du Québec, madame Julie Boulet, pharmacienne de profession, avait aussi accordé des loyers gratuits aux médecins qui logeaient dans sa pharmacie de Saint-Tite, avant qu'elle ne vende son commerce en août 2003. Ce n'était pas la première fois que la ministre Boulet avait maille à partir avec la déontologie professionnelle depuis son élection le 14 avril 2003 et son accession au Conseil des ministres. Sa situation de pharmacienne, en effet, lui avait déjà valu de démissionner le 30 mai 2003 comme ministre déléguée à la Santé, aux Services sociaux et à la Condition des Aînés, lorsque les médias avaient rapporté qu'elle avait accepté des dosettes offertes par Apotex, une compagnie pharmaceutique de produits génériques dont sa pharmacie vendait les médicaments. La RAMQ avait, deux semaines plus tôt, déposé des accusations contre Apotex pour contravention à la *Loi sur l'assurance médicaments*¹¹⁴ par le versement de ristournes et autres cadeaux aux pharmaciens¹¹⁵.

Le débat renouvelé du loyer gratuit aux médecins offert par la ministre et les autres pharmacies à travers le Québec s'est vite transporté à l'Assemblée nationale. Madame Boulet affirmait n'avoir rien à se reprocher, puisque cette pratique était si répandue qu'il lui apparaissait inconcevable qu'elle puisse être répréhensible. Au surplus, elle se défendait d'avoir pris la décision d'offrir un loyer gratuit pour d'excellentes raisons, afin de conserver dans la municipalité de Saint-Tite ses deux médecins locataires qui étaient fortement sollicités par des avantages équivalents de la part de la Coopérative de santé de Sainte-Thècle, située dans le village voisin¹¹⁶. La ministre affirmait que deux autres médecins de la clinique qui avaient auparavant occupé les locaux appartenant à sa pharmacie avaient déjà quitté sous l'attrait de ces incitatifs financiers. Elle se devait donc de limiter les dégâts, autant pour la population de Saint-Tite que pour elle-même, qui était alors en pleine négociation de la vente de sa pharmacie à une tierce partie. On sait, effectivement, que la valeur marchande d'une pharmacie est supérieure lorsqu'elle bénéficie de la proximité de médecins. Le lendemain, la ministre reconnaissait qu'elle ne pouvait être juge et partie et demandait l'opinion de son ordre professionnel, soit l'Ordre des pharmaciens¹¹⁷.

À la suite de ces dernières révélations, le mandat confié plus tôt par le

2004, p. A2; « Médecins courtisés par les chaînes de pharmacies », *La Presse*, 21 septembre 2004, p. A5.

¹¹⁴ L.R.Q., c. A-29.01.

¹¹⁵ Jean-Robert SANSEFAÇON, « Éditorial. Première tuile », *Le Devoir*, 31 mai 2003, p. B4.

¹¹⁶ Clairandrée CAUCHY, « La ministre Boulet encore dans l'embarras », *Le Devoir*, 2 novembre 2004, p. A3.

¹¹⁷ Gilles NORMAND, « Les cliniques médicales hébergées gratuitement : une pratique courante », *La Presse*, 3 novembre 2004, p. A22.

ministre de la Justice à l'OPQ pour étudier la question était réitéré et précisé le 3 novembre 2004, lui demandant d'étudier plus en profondeur les possibles conflits d'intérêts que les relations commerciales entre les médecins et les pharmaciens pouvaient susciter. La ministre Boulet pouvait néanmoins compter sur l'appui du premier ministre Jean Charest qui refusait de céder devant les appels de l'opposition à la démission de la ministre¹¹⁸. En plus de révéler à une autre échelle les relations commerciales de bénéfices mutuels entre les pharmaciens et les médecins, la situation de la ministre Boulet démontrait l'interaction directe et conséquente entre les offres d'une pharmacie et celles d'une coopérative de santé, confirmant notre hypothèse de la pertinence des relations entre les pharmacies et les médecins dans l'analyse des coopératives de santé.

L'ordre des pharmaciens, forcé de se saisir du dossier particulier de la ministre Boulet, a rendu sa décision le 22 décembre 2004. Le syndic Jocelyn Binet confirmait qu'il y avait infraction au *Code de déontologie des pharmaciens*¹¹⁹, mais que les circonstances particulières de l'affaire lui indiquaient de ne pas déposer de plainte au Comité de discipline à l'égard de la ministre¹²⁰.

Ces faits, qui peuvent a priori paraître plutôt anecdotiques, sont importants pour comprendre le contexte dans lequel les pratiques commerciales des chaînes de pharmacies et leur interaction avec les stratégies des coopératives de santé sont évaluées par les autorités publiques. On note qu'à travers tout le débat de ces avantages versés aux médecins participants du régime public par les pharmacies, jamais n'a été soulevé l'accroc à la règle de la prohibition pour le médecin de toucher une rémunération en supplément de celle que lui verse la RAMQ, rappelée plus haut pour la coopérative de santé, à la section I.B.1. Le ministère de la Santé et des Services sociaux s'est vite dissocié du dossier en disant s'en remettre aux ordres professionnels des médecins et des pharmaciens pour juger de la situation¹²¹.

Pendant ce temps, la réflexion quant à la déontologie suscitée par ces révélations allait cheminer auprès de l'OPQ, des ordres professionnels, de leurs comités de discipline et devant le Tribunal des professions.

B. Le réveil partiel des ordres professionnels

Le tapage médiatique de l'hiver 2003 concernant les ristournes versées aux

¹¹⁸ Martin OUELLET, « Charest se porte à la défense de Julie Boulet », *Le Devoir*, 12 novembre 2004, p. A4.

¹¹⁹ R.R.Q., 1981, c. P-10, r. 5, art. 3.05.08 (code remplacé en juin 2008 par (2008) 140 G.O. II, 2506).

¹²⁰ Marc ROCHETTE, « L'Ordre des pharmaciens ne porte pas plainte contre Julie Boulet », *La Presse*, 23 décembre 2004, p. A16.

¹²¹ « Loyer de faveur des pharmacies. Le ministère s'en remet au Collège des médecins », *Le Soleil*, 21 septembre 2004, p. A13. Le ministre de la Santé et des Services sociaux, responsable de l'application de la LAM, confirmait cette position devant l'Assemblée nationale: Robert DUTRISAC, « PJC, l'ami des médecins », *Le Devoir*, 22 octobre 2004, p. A4.

pharmaciens par les fabricants de médicaments génériques¹²², suivi de la controverse provoquée par la publicisation à l'automne 2004 des avantages que versent à leur tour les pharmaciens aux médecins sous la forme de forfaits et de locaux clé en main gratuits ou à rabais, a forcé les ordres professionnels, jusque-là plutôt impassibles, à réagir.

1. L'Ordre des pharmaciens du Québec

Les pharmaciens qui agissent dans un premier temps comme récepteurs des primes des fabricants de génériques puis, dans un deuxième temps, comme émetteurs de largesses aux médecins, étaient certes les premiers visés par les faits dénoncés. La ministre Boulet n'avait-elle pas spécifiquement soumis la question à l'Ordre des pharmaciens du Québec?

L'Ordre des pharmaciens a agi sur le double front des ristournes versées par les fabricants de médicaments génériques aux pharmaciens¹²³ et des avantages

offerts par les pharmaciens aux médecins. Sur ce deuxième front, le comité de discipline a entendu et s'est prononcé sur deux séries de faits, en plus de prendre des procédures disciplinaires pour entrave à enquête contre le pharmacien Jean Coutu¹²⁴.

La première série de faits concerne un projet lancé en 2005 à Val d'Or en Abitibi, intégrant une clinique médicale à une pharmacie, qui ne s'est jamais réalisé. Les pharmaciens et associés d'affaires Roy et Gervais ont alors offert des montants d'argent (5 000 \$ et 50 000 \$) à des médecins pour qu'ils emménagent dans de nouveaux locaux à être construits sous la bannière des pharmacies Jean Coutu, dans un secteur en plein développement de Val d'Or, où ils bénéficieraient en outre d'un loyer compétitif. Le comité de discipline a conclu à infraction au Code de déontologie¹²⁵ et, à la suite de la proposition commune des parties,

obtenir des renseignements concernant les paiements de rabais sur la vente de médicaments génériques versés aux pharmaciens propriétaires: *Pharmascience c. Binet*, [2006] 2 R.C.S. 513.

¹²² André NOËL, «Des millions en primes illégales versés aux pharmaciens», *La Presse*, 22 février 2003, p. A1; «Des chèques-cadeaux et des voyages dans le sud», *La Presse*, 22 février 2003, p. A8; André PRATTE, «Un scandale», *La Presse*, 22 février 2003, p. A18; André NOËL, «Médicaments: les Québécois sont indignés», *La Presse*, 25 février 2003, p. A5.

¹²³ La RAMQ, en tant que responsable de l'administration de la portion publique du régime d'assurance médicaments, a aussi entamé des procédures judiciaires: *RAMQ c. Altimed Pharmaceutical Company*, [2005] R.J.Q. 1504 (C.S.). Le syndic de l'Ordre des pharmaciens du Québec, Jocelyn Binet, a dû, quant à lui, se rendre jusqu'à la Cour suprême du Canada pour poursuivre son enquête et faire confirmer ses pouvoirs d'ordonnance visant à

¹²⁴ *Jocelyn Binet c. Jean Coutu*, Comité de discipline de l'Ordre des pharmaciens du Québec, 1^{er} février 2007 (sur culpabilité) et 16 juillet 2007 (sur sanction). Appel de Jean Coutu rejeté: *Jean Coutu c. Ordre professionnel des pharmaciens*, 2009 QCTP 17.

¹²⁵ L'article 3.05.08 (alors en vigueur) se lisait ainsi: «Un pharmacien ou une société de pharmaciens doit s'abstenir de fournir à une personne autorisée à prescrire en vertu d'une loi du Québec (...) des cadeaux, ristournes ou autres gratifications qu'elle qu'en soit la forme et notamment, des appareils de bélinographie, ordinateurs ou autres dispositifs électroniques.» (R.R.Q., 1981, c. P-10, r. 5).

a imposé à chacun des pharmaciens l'amende maximale de l'époque, de 6 000 \$¹²⁶.

La deuxième série de faits est plus instructive puisque les actes reprochés se sont effectivement déroulés sur plus de quinze ans. De plus, le Tribunal des professions vient de rendre sur appel sa première décision sur cette question¹²⁷, en révision de la décision du comité de discipline de l'Ordre des pharmaciens¹²⁸. La situation mise en cause concerne le pharmacien Jacques Racine, œuvrant à Sainte-Anne-de-Beaupré, dans la région de Québec, également sous la bannière du Groupe Jean Coutu.

Les faits reprochés au pharmacien Racine s'étendent de 1990 à 2005 et se déclinent en huit chefs d'accusation. Ils sont analogues à ceux qui ont été rapportés par les médias en 2003 et aux faits admis par les pharmaciens Roy et Gervais de Val d'Or. Le pharmacien a admis la stratégie du versement de montants forfaitaires aux médecins, de même que les loyers réduits puis gratuits.

La longue période couverte permet de noter la progression des avantages au fil des ans. Le début de la période se caractérise par des montants versés pour attirer les médecins dans les locaux de la pharmacie (parfois présentés dans d'autres situations comme couvrant les

frais de déménagement) et une réduction de loyer. Une décennie plus tard, les montants forfaitaires aux médecins doivent être renouvelés et versés pour maintenir les médecins sur les lieux, pendant que les loyers sont devenus totalement gratuits.

Le Comité de discipline conclut à une infraction au Code de déontologie qui prohibe l'offre de cadeaux et de ristournes aux médecins par les pharmaciens. Le comité impose la sanction d'une radiation temporaire de trois mois, à être purgée de façon concurrente pour les huit accusations. À la suite de l'appel de cette décision par le pharmacien, le Tribunal des professions a rendu sa décision le 21 mai 2009 en confirmant, d'une part, la culpabilité, mais en réduisant, d'autre part, la sanction de radiation temporaire de trois mois à une simple réprimande. Le motif de la clémence relative du tribunal ne tient pas au déni de la gravité objective de l'infraction, mais repose plutôt sur l'inaction relative de l'Ordre des pharmaciens qui a attendu que la pratique commerciale ne devienne généralisée à la grandeur du Québec avant de réagir. Le pharmacien Racine deviendrait alors, selon le Tribunal, le bouc émissaire de l'inertie de l'ordre professionnel chargé par la loi de la protection du public devant de telles pratiques. Le Tribunal s'exprime ainsi :

¹²⁶ *Jocelyn Binet c. Alexandre Roy et Jocelyn Binet c. Michel Gervais*, Comité de discipline de l'Ordre des pharmaciens du Québec, 23 août 2006 (sur culpabilité) et 25 novembre 2008 (sur sanction).

¹²⁷ *Côté c. Ordre professionnel des pharmaciens*, 2009 QCTP 42.

¹²⁸ *Francine Côté c. Jacques Racine*, Comité de discipline de l'Ordre des pharmaciens du Québec, 27 novembre 2006 (sur culpabilité) et 3 décembre 2007 (sur sanction).

«D'autres pharmaciens du secteur de Beaupré où l'appelant exploite l'une de ses pharmacies utilisent le même procédé de loyer gratuit ou à rabais en faveur des médecins. Incidemment, aucune plainte disciplinaire n'a été portée contre aucun d'entre eux (...). Je ne peux concevoir que l'Ordre n'ait pas été alerté bien avant 2005 par des pratiques commerciales, vraisemblablement existantes depuis plusieurs années, et préoccupantes si on s'en remet au témoignage

du président de l'Ordre devant la Commission des institutions. (...) l'absence de tout signal par les autorités de l'Ordre que de telles pratiques soient douteuses m'apparaît une donnée pertinente »¹²⁹.

On peut donc observer qu'une infraction sérieuse au *Code de déontologie des pharmaciens* du Québec, qui est devenue pratique courante et largement connue des autorités publiques et de la population, se traduit par une sanction symbolique de la réprimande à un seul pharmacien parmi les quelque 1575 pharmaciens propriétaires du Québec¹³⁰ et

d'une amende de 6 000 \$ à deux autres, sous la proposition de leur propre procureur.

2. Le Collège des médecins du Québec

Autant le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec¹³¹ que la RAMQ¹³² s'en sont également remis aux ordres professionnels pour régir l'attribution et la réception de ristournes ou de cadeaux entre pharmaciens et médecins,

¹²⁹ *Binet c. Roy*, préc., note 126, par. 138, 139, 140 et 142. Le comité de discipline avait aussi soulevé que « la syndic adjointe plaignante est enfin peu loquace au regard de la décision de son collègue syndic Jocelyn Binet de ne pas porter plainte contre la pharmacienne Julie Boulet [devenue ministre] », au paragraphe 25 de la décision du 3 décembre 2007 sur sanction.

¹³⁰ Le juge Déziel de la Cour supérieure rapporte, dans une autre poursuite du syndic de l'Ordre des pharmaciens pour obtenir des informations concernant le versement de ristournes aux pharmaciens propriétaires par les fabricants de médicaments génériques, qu'à l'examen des procédures entreprises par la RAMQ contre Apotex, Novopharm, Pharmascience et Ratiopharm, il avait découvert que « les pharmaciens propriétaires du Québec (environ 1575 sur plus de 6000 pharmaciens inscrits au Tableau de l'Ordre) auraient reçu au cours des années 2000, 2001 et 2002, des montants approximatifs de 200 000 \$ versés par lesdites compagnies à titre de ristournes ou d'avantages lors de l'achat de médicaments génériques »: *Pharmascience Inc. c. Binet*, [2005] R.J.Q. 90, par. 11 (C.S.).

¹³¹ « À l'Assemblée nationale, M. Couillard a maintenu la position qu'il a adoptée quand cette pratique a été révélée par La Presse, en septembre. « Le Code de déontologie est très clair: le médecin ne doit pas se placer dans une situation de conflits d'intérêts direct ou indirect », a-t-il déclaré. Le ministre s'attend à ce que tous les professionnels suivent ce code et que les ordres professionnels prennent leurs responsabilités. »: R. DUTRISAC, préc., note 1211. « Nous, on s'en remet au code de déontologie des médecins, a déclaré Dominique Breton, porte-parole du ministère. C'est ce code qui encadre la pratique médicale. Les médecins sont des travailleurs autonomes. Il leur appartient de décider où ils travaillent. »: « Loyer de faveur des pharmacies. Le ministère s'en remet au Collège des médecins », *Le Soleil*, 21 septembre 2004, p. A13.

¹³² « La Régie de l'assurance maladie du Québec, qui paye les honoraires et les frais des médecins, sans compter les médicaments de la moitié des Québécois, s'intéresse au dossier des loyers à rabais, a indiqué une porte-parole, Nathalie Pitre. « Il pourrait y avoir là un problème sérieux de déontologie, a-t-elle dit. Mais la RAMQ n'a aucun mandat pour intervenir: c'est au Collège des médecins d'agir ». »: A. NOËL, préc., note 30.

en interpellant davantage le Collège des médecins que l'Ordre des pharmaciens.

Le Collège des médecins du Québec, de son côté, semblait plutôt éviter la question en lançant la balle dans le camp des pharmaciens¹³³ et en affirmant que l'attribution d'avantages aux médecins par les pharmaciens ne soulevait pas, en soi, de problème déontologique pour le médecin¹³⁴. Le syndic du Collège des médecins n'a entrepris aucune mesure disciplinaire contre ses membres pour loyer réduit ou gratuit¹³⁵. La seule procé-

sure connue concerne la réception par le médecin Turmel d'un montant de 40 000 \$ (associé à un loyer gratuit) du pharmacien Racine de Ste-Anne-de-Beaupré, reconnu coupable par l'Ordre des pharmaciens des cadeaux offerts au médecin, confirmé par le Tribunal des professions¹³⁶. Le Collège des médecins maintient jusqu'à ce jour sa position voulant que loyers gratuits ou à rabais peuvent être conformes à la déontologie médicale. Nous élaborons ce point à la section III.C.1 qui suit.

¹³³ «Le Dr Lamontagne (le président du Collège) m'a dit que les loyers dérisoires pouvaient s'apparenter à une apparence de conflit d'intérêts mais selon lui, cela regardait l'Ordre des pharmaciens, pas le Collège des médecins. La réponse du Dr Lamontagne se lit ainsi: "Je comprends bien les commentaires que vous rapportez relativement aux relations commerciales entre des groupes de pharmaciens et des groupes de médecins. Bien sûr, il s'agit de la libre entreprise, mais il me semble se poser effectivement un problème de déontologie, particulièrement en rapport avec l'Ordre des pharmaciens [...]": André NOËL, «Loyers de faveur offerts par des pharmaciens aux médecins. Le Dr Lamontagne n'a pas toujours nié qu'il y ait conflit d'intérêts», *La Presse*, 7 octobre 2004, p. A3.

¹³⁴ «Le président du Collège des médecins, le Dr Yves Lamontagne, a répété que les médecins ne violent pas leur code de déontologie en acceptant des avantages comme des loyers de faveur, tant que cela ne met pas en péril leur indépendance professionnelle»: «Loyer de faveur des pharmacies. Le ministère s'en remet au Collège des médecins», préc., note 1311.

¹³⁵ Le directeur des services juridiques et secrétaire du comité de discipline du Collège des médecins, M^c Christian Gau-

vin, aurait émis une opinion différente de celle du président du Collège: «"Il y a tout un litige relativement au loyer à être payé. Le syndic est saisi de ça, au moment où on se parle, parce qu'il y a plusieurs plaintes relativement à l'injustice ou, en tout cas, à la possibilité ou au conflit d'intérêts qui existe [...]". Me Gauvin ajoute ceci: "Dans le conseil d'administration (du Collège), il y a des gens qui sont inquiets, il y a des gens qui s'étonnent de cette situation-là et surtout, qui s'étonnent du fait que le Collège des médecins tolère une situation qui peut être inquiétante plutôt, et qui peut être conflictuelle, pas de doute". [...] L'avocat reconnaît que le Collège n'agit pas dans le dossier.». André NOËL, «Loyers de faveur offerts par des pharmaciens aux médecins: "Il y a apparence de conflit d'intérêts"», *La Presse*, 8 octobre 2004, p. A5.

¹³⁶ Claudette SAMSON, «Loyer gratuit et boni de 30 000 \$ d'un pharmacien. Un médecin de Québec plaide coupable», *Le Soleil*, 28 janvier 2009, p. 12.

C. L'Office des professions et la révision des règles déontologiques

L'Office des professions a soumis son rapport au ministre en avril 2005¹³⁷, rendu public en octobre 2005¹³⁸. La méthode d'enquête utilisée par l'OPQ, c'est-à-dire la cueillette d'informations auprès de deux ordres professionnels concernés, ne lui a pas permis d'obtenir un portrait fiable de la situation¹³⁹. Mais comme les chaînes de pharmacies avaient elles-mêmes admis avoir mis en place une stratégie de consolidation de la pratique médicale au sein de ses complexes immobiliers, avant que la tourmente ne touche la ministre Boulet¹⁴⁰, une stratégie commerciale qu'elles ont par ailleurs confirmée lors de l'enquête de l'OPQ¹⁴¹,

le rapport confirme que « l'offre de loyers préférentiels en faveur des prescripteurs est une pratique répandue et courante au Québec »¹⁴². Étant donné l'absence de données tangibles et factuelles, l'OPQ admet devoir se limiter dans son rapport à une simple analyse de technique juridique quant au concept du conflit d'intérêts, tel qu'on le retrouve dans les normes et les décisions judiciaires en la matière de la déontologie professionnelle.

1. La déontologie des médecins

L'Office des professions du Québec note que la formulation au *Code de déontologie des médecins* de l'interdiction d'accepter toute commission, ristourne ou avantage est soumise à la condition de mettre en péril l'indépendance professionnelle du médecin¹⁴³, ce qui pose un réel problème de preuve et de contrôle de

¹³⁷ OFFICE DES PROFESSIONS DU QUÉBEC (OPQ), *Avis sur la déontologie et l'exercice en société en regard des pratiques commerciales entre les médecins et les pharmaciens*, avril 2005.

¹³⁸ L'avis est rendu public le 14 octobre 2005 par le ministre Yvon Marcoux, accompagné du président de l'Office des professions du Québec, M. Gaétan Lemoyne.

¹³⁹ L'OPQ s'exprime ainsi, préc., note 1377, p. 5: « Cette cueillette d'informations nous a permis de constater le peu de données qualitatives et quantitatives sur le sujet. Il est donc impossible d'avoir un portrait d'ensemble fiable sur la base d'éléments factuels concrets décrivant la situation au Québec et ailleurs. »

¹⁴⁰ H. BARIL, préc., note 101.

¹⁴¹ C'est ce qu'affirme le rapport à la page 5. Les médias ont par ailleurs rapporté les difficultés rencontrées par l'Ordre des pharmaciens auprès de certaines chaînes de pharmacie: Tristan PÉLOQUIN, « Enquête sur les avantages financiers offerts à des médecins: Jean Coutu refuse

de rencontrer le syndic de l'Ordre des pharmaciens », *La Presse*, 2 juin 2006, p. A1. Le syndic de l'Ordre des pharmaciens a dû se résoudre à prendre des procédures d'entrave au travail du syndic contre le Groupe Jean Coutu afin de lui permettre de poursuivre son enquête. Voir: *Jean Coutu c. Ordre des pharmaciens*, préc., note 124. Le Tribunal des professions rejette l'appel logé par Jean Coutu contre la décision du Comité de discipline de l'Ordre des pharmaciens du 1^{er} février 2007, déclarant Jean Coutu coupable d'entrave à l'enquête du syndic et confirmant la sanction d'une amende de 6 000 \$ prononcée le 16 juillet 2007 par le comité de discipline.

¹⁴² *Id.*

¹⁴³ L'article 73(3^o) du *Code de déontologie des médecins* se lit alors ainsi: « Le médecin doit s'abstenir: [...] d'accepter, à titre de médecin ou en utilisant son titre de médecin, toute commission, ristourne

la part de l'Ordre professionnel. La prohibition qui avait permis une telle généralisation des ristournes aux médecins exigeait la démonstration de l'impact sur l'indépendance professionnelle du médecin, une démonstration difficile à faire puisqu'elle relève, selon l'Office, du jugement que s'en fait lui-même le médecin. L'Office reprend, sur ce point, l'interprétation proposée par le président du Collège des médecins, le Dr Lamontagne¹⁴⁴.

À la suite de son analyse, l'Office propose de maintenir la prohibition, qui est essentielle pour prévenir les conflits d'intérêts réels ou apparents, tout en enlevant l'exigence de la démonstration de l'impact sur l'indépendance professionnelle du médecin¹⁴⁵. L'Office ajoute

ou avantage matériel mettant en péril son indépendance professionnelle.»

¹⁴⁴ Le Dr Lamontagne répond aux questions du journaliste. Question: «Est-ce que l'acceptation des loyers à rabais par les médecins viole votre code?» Réponse: «Non. Si vous m'offrez votre pied carré la moitié prix d'où je suis, où est le conflit d'intérêts?» Question: «Autrement dit, c'est au médecin de juger si son indépendance est mise en péril par un loyer à rabais?» Réponse: «Je pense que oui. Les médecins, comme tout le monde, sont assez intelligents pour savoir ce qui a de l'allure et ce qui n'a pas d'allure.»: André NOËL, «Le Collège des médecins n'interdit pas les loyers de faveur», *La Presse*, 20 septembre 2004, p. A2.

¹⁴⁵ L'Office s'exprime ainsi: «Or, un loyer gratuit ou à rabais consenti à un médecin par un pharmacien risque de placer ce médecin dans une situation où il pourrait être en conflit d'intérêts apparent. Cette situation doit être évitée. [...] [L'] application du critère de l'indépendance professionnelle retenu à l'article 73 du *Code de déontologie des médecins* peut

par ailleurs qu'il faut autoriser les remerciements d'usage et les cadeaux de valeur modeste, afin de ne pas entraîner des conséquences «absurdes»¹⁴⁶, pour conclure:

«L'analyse du droit comparé en matière de conflit d'intérêts associé à la problématique du loyer gratuit ou à rabais nous (sic) conduit l'Office à recommander le maintien de l'interdiction pour les médecins d'accepter un loyer gratuit ou à rabais.»¹⁴⁷

Les représentants des médecins ont très mal réagi aux recommandations de l'Office des professions. Le Collège des médecins, par la voix de son président, réitérait qu'on n'avait jamais démontré que ces relations avaient occasionné des conflits d'intérêts ou que les patients en avaient subi un préjudice, pendant que la FMOQ s'inquiétait que les nouvelles règles recommandées par l'Office ne briment de «saines pratiques commerciales»¹⁴⁸.

Les recommandations de l'Office des professions se sont traduites, au cours

permettre à un médecin d'accepter un loyer gratuit ou à rabais malgré que, ce faisant, il se place en situation de conflit d'intérêts potentiel pourvu qu'il soit convaincu, en son âme et conscience, que son indépendance professionnelle n'est pas en péril, sans avoir à se questionner ou à évaluer si son indépendance professionnelle risque d'être mise en péril.» OPQ, préc., note 1377, p. 27.

¹⁴⁶ Dans le sens que lui a donné la Cour suprême dans l'affaire *R. c. Hinchey*, [1996] 3 R.C.S. 1128.

¹⁴⁷ OPQ, préc., note 1377, p. 29.

¹⁴⁸ Louise-Maude RIOUX SOUCY, «Loyers gratuits ou avantageux: pharmaciens et médecins se plieront aux nouvelles règles», *Le Devoir*, 18 octobre 2005, p. A5.

des années qui ont suivi, par des modifications législatives et réglementaires. Outre l'augmentation des amendes prévues au *Code des professions* pour contravention aux règles déontologiques qui touchent l'ensemble des professionnels¹⁴⁹, les médecins ont vu leur Code de déontologie modifié. La nature et les effets des modifications demeurent nébuleux, puisque nous ne disposons encore d'aucune décision du comité de discipline du Collège des médecins ou du Tribunal des professions concernant son interprétation. A priori, les médecins disposaient d'un délai de grâce jusqu'au 4 décembre 2008¹⁵⁰ pour mettre fin aux baux à rabais ou gratuits les liant aux pharmacies qui avaient secoué l'opinion publique en 2004¹⁵¹.

On peut toutefois déjà émettre de fortes réserves quant aux effets potentiels de la modification et constater que l'interprétation que présente depuis le Collège des médecins à ses membres est susceptible de reproduire le même glissement déontologique que celui auquel il devait répondre. Notons d'abord que le projet de modification au règlement publié en 2006¹⁵² reprend assez fidèle-

ment les recommandations de 2005 de l'Office des professions, en éliminant l'exigence de la preuve de l'impact des commissions, ristournes ou avantages matériels sur l'indépendance professionnelle du médecin, et en autorisant les cadeaux de valeur modeste.

Par contre, le règlement qui sera finalement publié et adopté par décret du gouvernement du 31 janvier 2008¹⁵³ présente une différence importante, par l'introduction d'un nouvel article 73.1 au *Code de déontologie des médecins*. À notre avis, sous des apparences de conformité aux recommandations de l'Office des professions, la nouvelle mouture introduit une incohérence entre certaines dispositions du *Code de déontologie des médecins*, tout en maintenant une contradiction avec le *Code de déontologie des pharmaciens*.

Premièrement, le Code exige dorénavant, par l'addition d'un alinéa 3 à l'article 72, que les baux pour l'occupation de locaux pour la pratique médicale soient constatés par écrit et puissent être transmis, sur demande, au Collège des médecins, peu importe l'identité du locateur¹⁵⁴. Deuxièmement, la prohibition de l'article 73 d'accepter une commission, ristourne ou un avantage matériel n'est plus soumise à l'obligation de démontrer l'impact négatif sur l'indépendance professionnelle, et ne souffre que l'exception du cadeau modeste ou du remerciement

¹⁴⁹ *Loi modifiant le Code des professions et la Loi sur la pharmacie*, L.Q. 2007, c. 25.

¹⁵⁰ À moins d'un mois de cette échéance, le président du Collège des médecins confirme qu'un tiers des médecins visés n'ont pas encore régularisé leur situation: Claudette SAMSON, «Locaux à rabais dans les pharmacies: un médecin locateur sur trois pas encore en règle», *Le Soleil*, 23 octobre 2008, p. 21.

¹⁵¹ En vertu de l'article 11 du projet de loi 12 adopté le 28 décembre 2007, préc., note 1499.

¹⁵² *Projet de règlement modifiant le Code de déontologie des médecins*, (2006) 138 G.O. II, 5512.

¹⁵³ *Règlement modifiant le Code de déontologie des médecins*, (2008) 140 G.O. II, 731.

¹⁵⁴ *Code de déontologie des médecins*, art. 72 al. 3 (nouveau). Cette disposition correspond à la recommandation 5 de l'exercice de la médecine de l'Office des professions.

d'usage¹⁵⁵. Cette disposition traduit bien l'idée de rendre objective la prohibition d'avantages et pourrait être interprétée comme la règle générale en matière d'avantages et commissions aux médecins.

La situation se complique par l'introduction de l'article 73.1, de droit nouveau, qui se lit ainsi :

« Constitue notamment un avantage matériel visé au paragraphe 3 de l'article 73 la jouissance d'un immeuble ou d'un espace à titre gratuit ou à rabais pour l'exercice de la profession médicale, consentie à un médecin ou à une société dont il est associé ou actionnaire par :

1° un pharmacien ou une société dont il est associé ou actionnaire ;

2° une personne dont les activités sont liées, directement ou indirectement, à l'exercice de la pharmacie ;

3° une autre personne dans un contexte pouvant comporter une situation de conflit d'intérêts, réel ou apparent.

Le caractère juste et raisonnable d'un loyer s'apprécie notamment en fonction des conditions socioéconomiques locales, au moment où il est fixé. »

Tout en donnant l'apparence de cibler et réprimer les baux gratuits ou réduits, cette disposition pourrait bien, au contraire, les légitimer à nouveau. En effet, même si l'article vise de façon spécifique les loyers gratuits ou à rabais, il ne les prohibe pas de façon « précise, déterminée, d'application générale et impersonnelle », comme le proposait l'Office des professions. En effet, la rédaction

tarabiscotée de l'article pourrait s'interpréter comme une exception à la prohibition générale de l'article 73, 3°. En effet, ce nouvel article énonce que la prohibition en matière de locaux gratuits ou à rabais pour la pratique médicale ne tient que dans la mesure où le loyer ne correspond pas aux conditions socioéconomiques locales, et que le locateur n'est pas un pharmacien (ou une personne avec une activité reliée à la pharmacie) ou une autre personne envers qui on peut (donc, doit) démontrer un conflit ou une apparence de conflits d'intérêts.

L'article 73.1 introduit le concept de la « juste valeur marchande » d'un loyer, sous une autre forme, soit celle des « conditions socioéconomiques locales ». Or, l'Office des professions avait énoncé une sévère mise en garde contre ce concept qui, inscrit dans la réglementation équivalente de six provinces canadiennes, n'avait généré ni dénonciation ni poursuite. L'Office des professions s'exprime ainsi :

« [...] il n'est pas souhaitable de remplacer le critère de la "mise en péril de l'indépendance professionnelle" pour évaluer la légalité de l'acceptation d'une ristourne ou d'un loyer à rabais [...] par celui du loyer fixé en fonction du prix du marché (juste valeur marchande). Ce critère soulève de sérieuses difficultés d'application puisqu'il est tout aussi subjectif que le premier. En effet, même lorsque l'évaluation est effectuée par une personne indépendante et compétente, elle peut être basée sur des critères variant d'une personne à l'autre en raison des éléments subjectifs que comporte une telle évaluation. De plus, il s'agit d'un critère dont l'application est onéreuse puisqu'il fait appel à une preuve d'experts et de contre-experts. Quoique séduisant, ce critère n'apparaît pas efficace dans le contexte des solu-

¹⁵⁵ Art. 73(3)(o) (remplacé). Cette modification correspond à la recommandation 4 de l'OPQ.

tions recherchées. [...] Cette norme basée sur la juste valeur marchande est donc difficile à appliquer, ce que reconnaît d'ailleurs le Collège des médecins. C'est pourquoi elle doit être écartée.»¹⁵⁶

Le Collège des médecins a publié sur son site web en mars 2008 un avis à ses membres intitulé « Points de réflexion à l'usage des médecins avant la signature d'un bail », ayant pour objet de préciser l'interprétation qu'entend donner le Collège à ces dispositions amendées¹⁵⁷, et ainsi guider le médecin dans ses relations de location¹⁵⁸. Le Collège y explique que le loyer juste et raisonnable s'applique dans les cas où le médecin transige avec une personne (physique ou morale) qui vend des biens que prescrit le médecin. Le document ajoute que le médecin pourra continuer à bénéficier d'un loyer gratuit ou à rabais, « dans certains cas, [...] en fonction de diverses conditions socioéconomiques particulières, [permettant] au médecin d'exercer sa profession dans une région en pénurie, alors que dans d'autres, elles assurent la distribution de soins médicaux et favorisent l'interdisciplinarité ». Le document donne

l'exemple du médecin qui bénéficie de loyers gratuits ou à rabais ainsi que des services d'une infirmière pour travailler dans une résidence privée pour personnes âgées, dans un local mis gratuitement à sa disposition par une municipalité ou une coopérative de santé.

On peut alors constater que, selon la révision du *Code de déontologie des médecins*, il suffirait au médecin de transiger avec une autre personne qu'un pharmacien (ou une société de pharmaciens), comme une coopérative de santé ou un organisme municipal ou paramunicipal qui eux, pourraient transiger avec une pharmacie attenante, pour que le loyer gratuit ou à rabais refasse surface, dans la mesure où les conditions socioéconomiques le justifient, comme la situation peut se présenter dans le contexte de la compétition que se livrent les communautés pour attirer un médecin sur leur territoire.

On sait par ailleurs qu'un nombre important de coopératives de santé intègre une pharmacie dans leur complexe immobilier, sans que quiconque ne se préoccupe de la nature et de la complexité des relations commerciales qui peuvent lier les différentes entités en présence. La coopérative de santé pourrait-elle, à son échelle, devenir à la fois actrice et victime des mêmes stratégies commerciales qu'Alban d'Amours, alors président du mouvement Desjardins, dénonçait en 2006 ?

2. La déontologie des pharmaciens

Le problème des relations entre médecins et pharmaciens interpelle aussi bien l'Ordre des pharmaciens que le Collège des médecins. Si les deux ordres pro-

¹⁵⁶ OPQ, préc., note 1377, p. 29.

¹⁵⁷ En ligne: <<http://www.cmq.org/Public/profil/commun/AProposOrdre/Publications/~media/41997A04BDF640A88F4B60ADF833CB88.ashx?70901>>.

¹⁵⁸ Cet avis reprend l'interprétation qu'avait donnée le Dr Lamontagne un an et demi plus tôt: Claudette SAMSON, « La fin des bureaux gratuits », *Le Soleil*, 16 novembre 2006, p. 20: « Le Dr Lamontagne estime que ce projet de loi ne sonne pas le glas des loyers gratuits ou à tarifs modiques pour les médecins, non pas de la part de pharmaciens, mais dans des coopératives de santé, ou de la part de municipalités qui parfois fournissent des bureaux. »

fessionnels ont mis du temps à réagir et qu'ils sont demeurés plutôt silencieux avant que les médias ne s'emparent de la question, il est par ailleurs étonnant de constater à quel point leurs réactions respectives ont depuis divergé.

Nous avons vu que, d'une part, les pouvoirs centraux du ministère de la Santé et des Services sociaux s'en remettaient surtout au Collège des médecins qui, de son côté, a farouchement nié que la situation posait un réel problème de protection du public et de déontologie professionnelle. Le Collège continue, d'ailleurs, à défendre la légitimité, dans certaines circonstances, des loyers gratuits ou à rabais pour la pratique médicale hors établissement. De plus, aucune poursuite n'a été entreprise par le Collège des médecins contre les membres qui sont liés par de telles ententes avec les pharmacies¹⁵⁹.

L'Ordre des pharmaciens a pris une attitude toute différente depuis la publication des ristournes reçues et versées par les pharmaciens. La corporation professionnelle a entrepris des poursuites disciplinaires contre certains de ses membres, et a appuyé de façon plus soutenue l'Office des professions et le ministère de la Justice dans la démarche de révision des règles déontologiques¹⁶⁰.

Or, l'analyse des codes de déontologie respectifs des pharmaciens et des médecins permet d'identifier une différence d'approche fondamentale entre les deux quant aux ristournes et avantages reçus ou versés en supplément des tarifs payés en vertu des régimes publics de santé (assurance maladie et assurance médicaments).

La prohibition formelle faite aux pharmaciens de fournir des cadeaux, ristournes, bonis ou autres gratifications

fin aux loyers de faveur», *La Presse*, 16 novembre 2006, p. A16: «Le président du Collège des médecins, le Dr Yves Lamontagne, se dit prêt à collaborer à la mise en application du projet de loi, même s'il juge que le gouvernement "a fait tout un plat" avec les loyers de faveur, "alors qu'il n'y avait pas de plat à faire". Selon lui, l'existence des loyers de faveur n'a porté "aucun préjudice aux patients". "On a un problème tout le temps, nous les médecins: c'est qu'il faut laver plus blanc que blanc. On a répondu à une commande politique."». Louise-Maude RIOUX SOUCY, «Projet de loi pour interdire le copinage entre pharmaciens et médecins. Les médecins sont insultés», *Le Devoir*, 7 février 2007, p. A5: «Le ministre responsable de l'application des lois professionnelles, Yvon Marcoux, a écouté leurs [les médecins] doléances mais est resté ferme quant à l'importance de serrer la vis pour éliminer tout soupçon de copinage entre les médecins et les pharmaciens. [...] L'Ordre des pharmaciens du Québec partage parfaitement cette opinion et a défendu avec force la nécessité d'adopter une telle loi hier. "Il est impérieux de modifier le code des professions pour qu'il y ait un levier pour contraindre les tiers à respecter les procédures. [...] On ne peut plus se contenter de se fier sur la bonne volonté des ordres", a précisé son président, Claude Gagnon.»

¹⁵⁹ À l'exception du Dr Turmel de Québec, pour la réception d'une somme forfaitaire: C. SAMSON, préc., note 1366.

¹⁶⁰ L'écart de réaction entre le Collège des médecins et l'Ordre des pharmaciens apparaît clairement au moment de la discussion du projet de loi 54 qui accordait 18 mois aux pharmaciens et médecins pour régulariser leurs baux mutuels. Voir: Tommy CHOUINARD, «Relations commerciales entre pharmaciens et médecins. Dix-huit mois pour mettre

aux médecins est inscrite au *Code de déontologie des pharmaciens* depuis février 1994¹⁶¹. Il s'agit de l'article 3.05.08 de l'ancien *Code de déontologie des pharmaciens* qui a été en vigueur jusqu'au 11 juin 2008 et s'appliquait dans les causes disciplinaires dont nous avons discuté à la section III.B.1. L'entrée en vigueur du nouveau *Code de déontologie des pharmaciens*, le 12 juin 2008¹⁶², n'a pas modifié le caractère objectif de cette règle de la prohibition de verser un avantage à un médecin, maintenant inscrit à l'article 53, qui se lit ainsi :

« Le pharmacien ne doit prendre aucune entente avec une personne autorisée à prescrire susceptible de limiter l'indépendance professionnelle de cette personne ou d'interférer avec le droit d'un patient de choisir son pharmacien.

Contrevient notamment au présent article le fait de fournir à une personne autorisée à prescrire des cadeaux, ristournes, bonis ou autre avantage quelle qu'en soit la forme. »

On peut noter que la règle qui vise à préserver l'indépendance professionnelle des médecins est structurée, dans le *Code de déontologie des pharmaciens*, à l'inverse de celle que l'on retrouve dans le *Code de déontologie des médecins*. En effet, aucune relation contractuelle entre un pharmacien et un médecin ne peut limiter l'indépendance professionnelle du médecin. Donc, le principe général exige que l'on démontre que la relation contractuelle

interfère avec l'indépendance professionnelle du médecin avant de pouvoir la sanctionner. Par contre, tout cadeau, ristourne, boni ou avantage versé par le pharmacien au médecin (sans limite ou exception) est réputé constituer une telle interférence ou limite. Il y a donc présomption légale d'interférence avec l'indépendance du médecin si le pharmacien verse un tel avantage. Il s'agirait donc d'une présomption légale irréfragable, au sens où l'énonce l'article 2847 du Code civil.

On se rappellera que la règle est différente pour les médecins. Le médecin doit s'abstenir d'accepter tout avantage. Cette prohibition n'exige pas la démonstration de l'interférence avec son indépendance professionnelle. Par contre, cette règle objective, soumise à la seule exception des cadeaux de valeur modeste, est affectée d'une large exception formulée à l'article 73.1 du *Code de déontologie des médecins* qui ne saurait s'interpréter comme une présomption légale irréfragable comme celle prévue pour les pharmaciens, en raison des modalités multiples qui y sont attachées, comme la démonstration du conflit d'intérêts, mais surtout l'évaluation du caractère juste et raisonnable du loyer, selon les conditions socioéconomiques locales. Le médecin pourrait donc prétendre pouvoir accepter du pharmacien un loyer à rabais ou gratuit, si les conditions socioéconomiques locales l'y autorisent.

Le contrat étant une entente bipartite, les règles qui lient les parties devraient être réciproques et mutuelles. On voit donc la contradiction éclater si la déontologie professionnelle propose que le médecin pourrait accepter une offre que ne peut lui faire le pharmacien. La règle déontologique visant à écarter les

¹⁶¹ *Règlement modifiant le Code de déontologie des pharmaciens*, (1994) 126 G.O. II, 831.

¹⁶² Date à laquelle le règlement 5.1 remplace le règlement 5, adoptés en vertu de la *Loi sur la pharmacie*, L.R.Q., c. P-10.

risques d'interférence avec l'indépendance professionnelle des médecins devient encore plus facile à contourner, si le pharmacien opère par le biais d'une tierce partie, comme une municipalité ou une coopérative de santé, de sorte qu'on ne puisse lui reprocher, en vertu de son code de déontologie, d'avoir fourni cet avantage que le médecin de son côté, peut prétendre pouvoir accepter en vertu de ses propres règles déontologiques.

IV. Bilan

A. Les coopératives de santé face aux pratiques commerciales

La lutte est certes inégale entre les régions rurales et les régions métropolitaines et urbaines pour assurer une prestation adéquate de services médicaux. Le Québec n'est pas le seul territoire à peiner avec la juste répartition territoriale des effectifs médicaux et des soins de santé¹⁶³, mais son vaste territoire, la dévitalisation rampante de certaines régions et les disparités importantes de populations et de besoins qu'on y retrouve, conjugués à une insuffisance certaine de ressources, en font un défi particulièrement aigu.

Fortes d'une riche histoire d'implantation de coopératives pour suppléer aux lacunes traditionnelles de l'industrie et du commerce, des populations locales ont avancé la formule coopérative pour satisfaire leurs besoins qui peinaient à

trouver réponse par les mécanismes en usage. Les coopératives de santé ont d'abord vu le jour dans les régions rurales oubliées autant par les politiques publiques que par les stratégies commerciales des grandes chaînes de pharmacies. Elles doivent souvent y consacrer les sommes prévues au soutien des municipalités dévitalisées¹⁶⁴ par la Politique nationale de la ruralité du Québec¹⁶⁵.

Pendant que les politiques publiques ciblaient leurs mesures incitatives sur certaines régions réputées dépourvues en ressources médicales et que les cliniques privées se sont graduellement déplacées vers les appâts financiers étalés par les chaînes de pharmacie pour concentrer et rehausser les activités de vente de médicaments, des territoires négligés se sont graduellement tournés vers la formule de la coopérative de santé qui permettait de coaliser les forces vives d'une communauté, souvent fragilisée, autour d'un projet stimulant de prise en charge collective.

La formule coopérative n'est pas facile à harmoniser avec les principes structurants des soins médicaux financés par les fonds publics. 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? Les objections au mode de fonctionnement de la coopéra-

¹⁶³ François TONNELIER, *Géographie de la santé en France*, coll. « Que sais-je? », Paris, PUF, 1999.

¹⁶⁴ MINISTÈRE DES AFFAIRES MUNICIPALES ET DES RÉGIONS, *Solidaires dans l'action. Document d'information à l'intention des municipalités dévitalisées du Québec*, Québec, Publications du Québec, novembre 2007.

¹⁶⁵ MINISTÈRE DES AFFAIRES MUNICIPALES ET DES RÉGIONS, *Politique nationale de la ruralité 2007-2014*, Québec, Publications du Québec, décembre 2006.

tive de santé se sont strictement attardées à l'accroc que représente un accès aux soins médicaux favorisé par le statut du membre de la coopérative. Cet accroc est certes important et des réponses et corrections devront être apportées là où les droits d'accès contreviennent encore au principe de l'universalité des soins de santé.

Mais, on a oublié une autre dimension, tout aussi centrale au fonctionnement du régime public, qui concerne le mode de rémunération du médecin et son impact sur les types de pratique médicale. La prise en charge par la coopérative de santé de tous les frais administratifs et immobiliers de la pratique médicale hors établissement n'a fait sourciller, ni le ministère, ni la RAMQ, même si la contravention à la *Loi sur l'assurance maladie* est pourtant frappante. De plus, puisque ces pratiques peuvent désamorcer l'efficacité des politiques publiques de répartition des effectifs médicaux sur le territoire, les pouvoirs publics devraient s'y intéresser au nom de leur devoir de protection de l'intérêt public.

Les pouvoirs publics répètent ainsi l'attitude analogue de laissez-faire adoptée face au même type d'avantages ou de rémunération additionnelle versée aux médecins par les grandes chaînes de pharmacie. On a vu que les ministres de la santé et des services sociaux du Québec s'en sont successivement lavé les mains, abdiquant leurs responsabilités et disant s'en remettre aux seuls ordres professionnels. Or, les règles de déontologie professionnelle visent des motifs distincts de ceux qui sont rattachés aux règles inscrites à la *Loi sur l'assurance maladie*. Girard, chercheur et partisan de la coopérative de santé, soutenait dès 1996 que le médecin qui œuvre dans une

coopérative devrait être rémunéré à salaire ou à la capitation. Nous sommes aujourd'hui à des lieux de cette solution¹⁶⁶.

De plus, nous avons vu que les ordres professionnels se sont montrés plutôt indolents face au déploiement de la stratégie des bénéficiaires mutuels entre médecins et pharmaciens, avant que les médias ne fassent éclater au grand jour la situation déjà répandue à travers tout le territoire du Québec.

Les coopératives de santé ne sont encore qu'un acteur marginal et presque accidentel dans ce vaste terrain de bataille pour accaparer le lucratif marché de la vente de médicaments au Québec. On sait que le Québec figure bon premier au Canada au rang du pourcentage des coûts de santé consacrés à la médication¹⁶⁷. La lutte pour le partage de ce marché entre les grandes chaînes de pharmacies est féroce. La formule de la coop-santé a émergé dans un contexte de prise en charge locale et de ferme volonté d'occupation du territoire, à l'abri de la logique de la compétition commerciale ou pour répondre à ses lacunes intrinsèques. Or, les coopératives de santé sont aujourd'hui rattrapées de toute part par la lutte commerciale que se livrent les chaînes de pharmacies et doivent déployer les mêmes stratégies d'avan-

¹⁶⁶ Jean-Pierre GIRARD, «La réforme de la santé au Québec: pourquoi pas l'option coopérative?», *Le Devoir*, 4 juillet 1996, p. A7.

¹⁶⁷ Le Québec consacre 20,7 % des coûts de santé aux médicaments, par rapport à une moyenne canadienne de 17,4 %. ICIS, *Les dépenses en médicaments estimés à 30 milliards de dollars en 2008*, 16 avril 2009, en ligne: <http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=media_20090416_f>.

tages financiers aux médecins afin d'attirer des médecins dans leurs locaux ou pour empêcher qu'un médecin ne quitte le village sous l'attrait des avantages et ristournes versés par les pharmacies.

Au moment où les enchères aux médecins par les pharmacies ont pris de l'ampleur, comme l'affaire *Racine* le révèle, les coopératives ont également subi les mêmes pressions, si l'on compare les offres faites par les premières coopératives de santé à celles qui semblent maintenant monnaie courante. La compétition entre les coopératives de santé et les pharmacies est devenue une triste réalité que confirme le transfert en 2001 des activités de la Coopérative de Sainte-Anne-des-Plaines au Groupe Jean Coutu¹⁶⁸.

Dans le cadre de la controverse des forfaits et loyers gratuits des pharmacies aux médecins, Jean-Pierre Girard présentait la coopérative de santé comme un autre choix, une option plus éthique qui rompt avec la logique commerciale qui s'empare du système de santé¹⁶⁹. Monsieur Alban D'Amours, alors président de la Fédération des caisses populaires Desjardins sonnait l'alarme, en avril 2006, des modèles de la pratique médicale qui déciment les régions rurales et périurbaines :

« Le modèle de coopérative de solidarité santé que nous préconisons est à distance de celui représenté par le tandem grande surface en pharmacie et clinique médicale privée qui s'est imposé au

cours des 20 dernières années dans toutes les régions du Québec. Ce dernier modèle est ainsi en train de concentrer le corps médical dans les villes d'un minimum de 10,000 habitants et il représente, pour cette raison, une réelle menace pour les stratégies de développement des petites collectivités. »¹⁷⁰

Les dirigeants du mouvement coopératif du Québec et les promoteurs de la coopérative de santé croyaient fermement au projet coopératif comme une option pouvant faire contre-poids à la marchandisation des soins de santé par les grandes surfaces commerciales. La question se pose aujourd'hui si la coopérative ne serait pas plutôt une forme de légitimation du processus de consolidation en cours, alimenté en grande partie par l'inaction des pouvoirs publics et parapublics qui ont laissé se généraliser des pratiques qui mettent en échec les politiques publiques d'une meilleure prise en charge des soins de santé au Québec.

Il faut être prudent face à des solutions en apparence attrayantes pour régler des problèmes d'accès aux services, de pénuries médicales et de répartition déficiente des effectifs médicaux sur le territoire. Le rôle et la contribution de la coopérative de santé soulèvent des questions maintenant intrinsèques au régime public, des relations qui se tissent entre la prestation de services médicaux et la vente de médicaments, de la circulation et du statut du médecin qui pratique dans divers types d'établissements et de lieux.

Les coopératives de santé qui offrent un accès privilégié aux services médicaux

¹⁶⁸ Il s'agit de la coopérative de Sainte-Anne-des-Plaines. Voir: J.-P. GIRARD, préc., note 5, p. 110 et 111.

¹⁶⁹ Jean-Pierre GIRARD, « D'autres avenues pour les médecins », *Le Devoir*, 8 octobre 2004, p. A9.

¹⁷⁰ QUÉBEC, ASSEMBLÉE NATIONALE, préc., note 32 (Alban D'Amours).

à leurs membres et qui versent des avantages financiers aux médecins pour les attirer sur le territoire à desservir jouent malgré elles le jeu commercial des chaînes de pharmacies qui a reconfiguré la distribution des cliniques médicales à travers le Québec.

Cette stratégie commerciale qui s'est imposée aux coopératives de santé, a sans doute été elle-même alimentée par le versement de ristournes aux pharmaciens par les fabricants de médicaments génériques. Le contexte de l'émergence des coopératives de santé apparaît donc complexe, nourri par des enjeux commerciaux et éthiques qui dépassent de loin les considérations et les intérêts des seules communautés locales qui s'y investissent.

B. La synchronicité entre l'intérêt accru pour les coopératives de santé et les suites du tollé provoqué par les ristournes et les avantages versés entre fabricants de médicaments, pharmacies et cliniques médicales

«Les projets de cliniques coopératives de services de santé connaissent un regain de popularité au Québec. Sur les 23 cliniques coopératives de santé en 2007, la moitié étaient en phase de démarrage, selon le Conseil de la coopération du Québec et de la mutualité [...]. "Il y a quatre ans, il y avait quatre coopératives de santé au Québec. Maintenant, il y en a une dizaine qui fonctionnent et autant en phase de démarrage", explique René

Bélangier, agent de développement à la municipalité de Saint-Pacôme.»¹⁷¹

Le Ministère du Développement économique, de l'Innovation et de l'Exportation du Québec relatait en avril 2009 que les coopératives qui participent à la prestation de soins médicaux représentaient la troisième vague de l'activité coopérative dans le domaine des services à la personne¹⁷², et ce particulièrement depuis 2005¹⁷³.

Cet intérêt plus marqué pour les coopératives de santé qui s'est accéléré depuis 2005 est-il le fruit du hasard? Les coopératives de santé, d'abord moins présentes dans les milieux urbains où la restructuration des cliniques a déjà été soumise plus fortement aux pratiques commerciales des pharmacies, semblent vouloir y prendre pied (une à Québec; deux à Montréal).

Nous avons vu que la stratégie des pharmacies, révélée au grand jour en 2004, a provoqué une vive réaction, autant dans les médias qu'auprès des autorités publiques. Le dépôt du rapport de l'Office des professions en 2005, suivi du projet de *Loi modifiant le Code des professions et la Loi sur la pharmacie* à l'automne 2006, annonçaient que les stratégies commerciales des grandes chaînes de pharmacie pour recruter les médecins dans un mode de pratique à proximité des officines devraient changer ou s'ajuster. Le délai de grâce des modifi-

¹⁷¹ Carl THÉRIAULT, «Services de santé: la formule coopérative plus populaire», *Le Soleil*, 25 janvier 2008, p. 24.

¹⁷² Après le secteur ambulancier, qui formait la première vague à la fin des années 1980, et la deuxième vague du secteur des services à domicile, de 1995 à 2000.

¹⁷³ MDEIE, préc., note 13.

cations à faire s'est terminé le 4 décembre 2008.

La fin de baux entre pharmacies et cabinets médicaux selon l'ancienne stratégie concorde avec la mise en place de coopératives de santé où la pharmacie se retrouve à nouveau souvent dans le même complexe immobilier que la coopérative, mais à l'intérieur de relations d'affaires différentes, qui pourraient ne plus contrevenir aux règles de déontologie que nous avons analysées. La pharmacie peut alors faire une donation ou offrir un avantage (sous des formes qui demeurent à documenter) qui ne sont pas directement remis à un médecin ou à une clinique médicale, mais plutôt à une coopérative de santé, ou à un organisme paramunicipal, comme un organisme sans but lucratif créé par la municipalité. Dans un tel jeu complexe de relations commerciales, serait-il même possible que la contribution de la municipalité puisse, indirectement, servir à financer une entreprise commerciale, en contravention à la *Loi sur l'interdiction des subventions municipales*?

L'inaction des pouvoirs publics et parapublics centraux quant aux stratégies commerciales douteuses de l'industrie et de la distribution du médicament aurait-elle poussé les autorités publiques locales dans une voie controversée où est également entraîné le mouvement coopératif du Québec?