

Santé première ligne : l'heure des choix!

L'alternative communautaire contre les forces du marché

PAR JEAN-PIERRE GIRARD

Peu importe l'endroit où l'on vit au Canada, on ne peut échapper au débat sur l'avenir du système de santé. Si ce n'est par le truchement des médias qui régulièrement font la manchette avec telle ou telle situation critique dans un hôpital ou une clinique, il y a peu de canadiens qui n'ont pas subi à un moment ou l'autre les carences de ce système : difficulté voire impossibilité d'avoir un médecin de famille, longs délais pour obtenir un rendez-vous, attente de plusieurs heures dans une clinique, etc. Il ne s'agit pas de tout noircir, le système de santé canadien a des atouts indéniables dont l'accès à un panier de services de base pour tous les citoyens, indépendamment de leur statut ou revenus, mais de reconnaître des dysfonctionnements sérieux.

De nombreux groupes de travail, commissions d'enquête tant à l'échelle provinciale que fédérale (p. ex. Kirby, Clair, Romanow) ont été chargées de réfléchir et de formuler des recommandations sur de nouvelles modalités d'offre de soins et services mieux adaptés au contexte actuel.

Dans un rapport récent¹ auquel j'ai collaboré avec une collègue, professeure en administration de la santé à l'Université de Montréal, nous écrivions :

«... les réflexions en cours sur l'organisation des services de santé portent non seulement sur les modalités de prestation les mieux adaptées, mais aussi sur la contribution de l'État. Parmi les recommandations qui sont récurrentes dans tous les rapports de ces commissions, celle de développer les services de première ligne et de mieux les coordonner est à l'avant-plan. De plus, il est recommandé de repenser l'offre des services de première ligne en capitalisant sur des partenariats entre les secteurs publics et privés. Ces mesures sont vues comme essentielles à la résolution des problèmes d'accessibilité et de continuité des services à la population et de croissance des coûts qui perdurent ».

En fait, nous pourrions ajouter qu'avec le jugement de la Cour suprême du Canada dans la cause Chaoulli-Zeliotis², la réaction subséquente du gouvernement du Québec de permettre certaines chirurgies par le privé et le mandat confié en 2007 par ce gouvernement à Claude Castonguay de revoir les bases du financement du système de santé, les portes sont aussi ouvertes

pour un changement fondamental des assises financières du système, soit une cohabitation plus marquée d'un système d'assurance public et d'un système privé.

Avec tout ce potentiel de transformation, il y a amplement matière à susciter la vigie de citoyens et de groupes intéressés à ces questions. Pourtant, il faut bien constater qu'en marge de ces rapports, un aspect fondamental de réorganisation des services de santé de première ligne est systématiquement occulté : la présence de plus en plus soutenue de grandes surfaces commerciales de types épicerie ou pharmacies dans la propriété et la gestion de cliniques.

Pourquoi une grande chaîne de pharmacies comme Shoppers Drug Mart ou encore le groupe Loblaws serait intéressée à posséder et administrer une clinique? Plusieurs

Un aspect fondamental de réorganisation des services de santé de première ligne est systématiquement occulté : la présence de plus en plus soutenue de grandes surfaces commerciales de types épicerie ou pharmacies dans la propriété et la gestion de cliniques.

raisons entrent en ligne de compte – moins de médecins souhaitent combiner pratique médicale avec pratique de gestion, ce phénomène est amplifié par la présence croissante de femmes dans l'exercice de la profession (enjeu de la conciliation famille-travail, période de grossesse), etc., mais il faut aussi chercher ailleurs ces motivations. En fait, dans un contexte de pénurie de médecins et de féroce concurrence dans le domaine de la distribution, la grande pharmacie qui pourra s'assurer de la présence à proximité d'une clinique va ainsi s'assurer d'un achalandage constant de son service de prescriptions. Il s'agit d'un service dont la rentabilité ne fait pas de doute!

De plus, ce modèle offre l'avantage aux consommateurs d'être localisés à proximité d'une foule d'autres commerces, ce

qui permet de sauver du temps en concentrant ses achats au même endroit. En français, on utilise l'expression « marché de destination ». Une clinique dans laquelle nous trouvons des médecins et de plus, située à un jet de pierre d'une pharmacie et d'une variété d'autres commerces, que peut-on demander de mieux dans notre société de consommation ou le temps est si important? Et pour le médecin, libéré de l'administration de la clinique, de la gestion du personnel, il peut donc se consacrer à sa pratique professionnelle selon une formule clé en main : la possibilité de pratiquer selon l'horaire qui lui convient.

Effets pervers

Dans le cadre d'un petit projet de recherche³ supporté entre autres par le Centre de Bioéthique de l'Institut de recherche clinique de Montréal, avec d'autres collègues, nous avons démontré que ce nouveau modèle d'affaires se serait originalement développé au Québec dans les années 1990 par la principale chaîne de pharmacies, le groupe Jean Coutu. D'autres chaînes concurrentes ont repris le modèle puis à l'extérieur du Québec, le groupe Loblaws et la chaîne Shoppers ont suivi la même tangente. Ce n'est pas étonnant, dans un marché hypercompétitif, toute innovation susceptible d'augmenter la part de marché est reprise par le concurrent. L'étalonnage que l'on appelle en anglais le « bench-marking » devient possible par la présence de système de veilles stratégiques.

Ce modèle ne représente que des avantages? Non! De la compréhension que j'ai de ce qui se passe au Québec – il n'y a pas de raison que la situation soit différente ailleurs au pays dans la mesure où l'on retrouve une version copiée collée, ce modèle suscite des questions cruciales. Tel que nous l'avons évoqué dans le rapport réalisé pour le Centre de Bioéthique, ce modèle

« se développe dans des marchés dits solvables, soit des marchés offrant une taille d'au moins 10 000 habitants. Si rien n'est fait, il pourrait y avoir forte concentration du corps médical dans les villes comptant au minimum ce nombre de citoyens ce qui, en vidant les petites communautés des médecins y pratiquant, serait un lourd handicap pour toute stratégie de développement local. »

De plus, le développement de ce modèle selon le concept de clinique sans rendez-vous est tout à fait à contre-courant du discours public sur le nécessaire suivi médical du patient sans parler qu'il ne renforce en rien l'importante pénurie de médecins et la prévention. Enfin, ce nouveau leadership des grandes chaînes, particulièrement les pharmacies, dans le développement de ces cliniques exige de porter un regard attentif au rôle et à l'influence de l'industrie pharmaceutique. La propension de cette industrie à promouvoir la médicalisation des événements de la vie, les liens très étroits avec les pharmacies et les médecins ne doivent laisser personne indifférent au risque de débordement de l'intérêt privé de ces acteurs sur l'intérêt public.

Selon des données de 2004, on relevait dans ces cliniques au Québec tout près de 20% des médecins omnipraticiens. Comme le modèle de ces cliniques était alors en pleine phase d'expansion, il est certain que depuis, un plus grand nombre de médecins s'y retrouvent. Je n'ai pas de statistiques quant à la situation ailleurs au pays, mais nous pouvons présumer d'un développement accéléré. Une information non confirmée laisse à entendre que dans certaines de ces cliniques, le rythme de consultation est étourdissant : on parle de 18 consultations médicales à l'heure et par médecin! La connaissance médicale est-elle à ce point avancée pour diagnostiquer un problème et suggérer une ou des solutions en l'espace d'à peine trois minutes!

Dans le cadre d'une société permettant la liberté d'association et de commerce, on veut bien penser à des formes d'innovation dans le système de santé, mais cela ne doit pas être exclusivement ou en mode dominant sous une logique marchande.

Une autre option

Ça ne manque pas d'humour. Pendant que politiciens et commentateurs discutent sur le risque d'un système de santé à deux vitesses, suggèrent la mise en place de commissions ou groupes d'études, ce modèle d'affaires qui introduit avec des moyens considérables une logique marchande dans l'organisation des services de santé de première ligne, se développe en toute impunité. Qu'en sera-t-il lorsque des joueurs plus importants décideront d'aller sur ce terrain de la propriété et la gestion d'une clinique, tel Wal-Mart ou Costco? Et tant qu'à faire, pourquoi ne pas confier au grand commerce l'administration des hôpitaux!

Non, ça ne tient pas la route! Dans le cadre d'une société permettant la liberté d'association et de commerce, on veut bien penser à des formes d'innovation dans le système de santé, mais cela ne doit pas être exclusivement ou en mode dominant sous une logique marchande. Simple vue de l'esprit?

Non, de nombreux facteurs militent pour la promotion d'alternatives :

- Une vision large et actualisée de la santé. Cela fait plus de trente ans que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et plusieurs



La Corvée de Saint-Camille

Dans le petit village de St-Camille dans la région des Cantons-de-l'Est la coopérative La Corvée Coop de Solidarité en Soins et Services est récipiendaire de nombreux prix pour son action dans le milieu. Ainsi, l'association de santé publique du Québec lui a décerné en 2003 un prix pour l'excellence et l'innovation en promotion de la santé. On mentionne dans le communiqué : La Corvée a réussi avec brio à mobiliser la communauté pour relever deux défis majeurs : *le vieillissement de la population et l'exode des communautés rurales.*

La Corvée a réussi à freiner ce dernier en gardant les aînés de Saint-Camille dans leur communauté, grâce à la création d'une coopérative d'habitation (photo, en haut) où l'on retrouve une clinique de santé ; des services complémentaires avec six thérapeutes en approches alternatives et des activités de « Délasserment-santé » ; des jardins communautaires entretenus par des gens de toutes les générations; des aires de repos et de jeux; une cuisine collective et un lieu de rencontre pour la communauté. Chacun participe selon ses capacités à l'amélioration et à l'entretien des lieux. (en bas) L'infirmière à La Corvée formé pour les soins de pieds. Crédit : La Corvée. ■



autorités publiques reconnaissent que la santé est le résultat non seulement de la présence de ressources en santé, mais d'une multitude de facteurs environnementaux, sociaux, éducatifs, etc. Comment peut-on croire régler le cas d'une personne en une consultation de trois minutes? Syndrome de la pilule magique?

- *Approche multidisciplinaire de la santé.* La démonstration est amplement faite qu'il est nettement préférable de compter sur diverses expertises plutôt qu'une seule : médecins, psychologues, travailleurs sociaux, etc. Médecins et praticiens de médecines alternatives, etc.
- *La santé ne se réduit pas à la seule approche curative, mais aussi préventive.* Il est clairement démontré que l'investissement dans la promotion de saines habitudes de vie est une assurance de retombés sur le long terme. Des personnes qui conservent une bonne hygiène de vie (activité physique, alimentation) ont nettement plus de chance d'avoir une vieillesse en santé alors que les personnes négligentes seront davantage exposées à une longue période de perte d'autonomie avant leur décès.
- *Implication des citoyens dans les services de santé.* Depuis la tenue d'un forum en 1978 à Alma Ata en ex-URSS, l'OMS répète inlassablement le même message : les systèmes de santé primaire ont beaucoup plus à gagner d'associer étroitement des citoyens dans la définition, l'administration et l'évaluation des services. Au lieu d'avoir une offre standardisée de services, on est ainsi davantage en mesure d'avoir des services collant aux besoins particuliers de chaque milieu. À un autre niveau, la participation citoyenne est aussi synonyme d'empowerment. Les gens se sentent davantage maîtres de leur destinée, en mesure d'exercer une certaine influence sur le cours des choses plutôt que d'être dans le seul registre de subir les choses, d'être sous la domination du système. C'est aussi ce que l'on appelle le capital social.

Il y a au Canada la base d'un système alternatif de santé. Depuis les années 1960 existe en Saskatchewan un réseau de cliniques communautaires. On en retrouve aussi quelques-unes dans d'autres provinces, parfois avec un statut légal d'organismes à but non lucratif, d'autres fois avec le statut de coopérative. Ces organisations financées essentiellement par des fonds publics s'inspirent des règles précédentes. En outre, les médecins sont plutôt rémunérés sur une base salariale plutôt qu'à l'acte, ce qui incite à prendre plus de temps avec le patient. On concilie la santé avec les dimensions sociales.

Depuis le milieu des années 1990, se développent au Québec des coopératives de services de santé. On en compte maintenant plus d'une dizaine en opération et une dizaine d'autres en gestation. À quelques exceptions

près, ces organisations sont nées en réaction aux manques d'effectifs médicaux en région. Tel qu'expliqué plus en détail dans un texte publié dans un numéro précédent de *Making Waves*⁴, la base de mobilisation des citoyens autour d'un projet de coopératives de services de santé est essentiellement de se donner les moyens pour attirer des médecins dans un milieu donné. En d'autres mots, bien que la propriété et la gestion de la clinique soient sous mode collectif, cela ne revient pas à dire que la pratique médicale sera différente, par exemple en s'ouvrant à une approche multidisciplinaire, à la promotion de la santé, etc. Dans ces coopératives, le médecin reste un entrepreneur indépendant qui loue un espace et est rémunéré à l'acte par le régime public d'assurance-santé.

« Mieux vaut prendre le changement par la main avant qu'il ne nous prenne par la gorge. » Cette citation d'une phrase célèbre de Churchill illustre le défi qui confronte les tenants d'un système de santé différents.

Malgré tout, il me semble que ces organisations constituent un avancé par rapport au modèle des grandes surfaces commerciales selon les arguments suivants :

- *Impact positif de la sensibilisation et de la mobilisation citoyenne.* Que des citoyens soient sensibilisés et qu'éventuellement se mobilisent pour influencer l'organisation des services de santé a un effet positif sur une communauté. Les gens ne sont pas dans un seul mode attentiste ou pire, défaitiste. Ils comprennent que par la mobilisation du plus grand nombre, les choses peuvent changer! C'est tout à fait la notion d'empowerment, un puissant antidote au fatalisme!
- *Création de lieux de débats, d'espaces de démocratie.* La mise en place des coopératives de services de santé se fait par l'échange, le débat pour définir le projet, adopter des stratégies. Sans diminuer l'impact du leadership, la base de ces actions est la démocratie selon la règle un membre, un vote.
- *Un projet à finalité d'usage plutôt que marchand.* Ces coopératives veulent régler un problème d'accès aux services. Bien que l'on recherche une viabilité économique, la rentabilité est

plutôt de l'ordre du social : on veut s'assurer que le plus grand nombre de personnes puisse avoir accès aux services et que ces services soient de qualité. C'est donc fort différent du modèle des grandes surfaces commerciales qui possèdent des cliniques pour s'assurer de la rentabilité économique des pharmacies, en particulier des prescriptions de médicaments.

- *La base d'une collaboration plus féconde avec les médecins.* La vaste majorité des coopératives de services de santé ont adopté le statut de coopérative de solidarité. Cela veut dire que l'organisation compte au moins deux catégories de membres parmi les suivantes : membre utilisateur, membre travailleur et membre de soutien. Dans certaines coopératives, les médecins acceptent de devenir membres de soutien. Ce faisant, ils sortent du seul cadre de locataire d'espace et s'inscrivent dans le jeu de la démocratie coopérative selon la règle un membre-un vote. En étant ainsi partie prenante de la coopérative, ils peuvent contribuer aux orientations et au développement de l'organisation. Cela brise l'asymétrie d'information qui est généralement le propre des relations médecin-patient.
- *Plusieurs projets sont vecteurs d'innovation pour le milieu!* En observant attentivement ces projets de coopératives de services de santé, il faut reconnaître que plusieurs ont introduit dans leur milieu respectif de remarquables innovations! Ainsi, la doyenne de ces coopératives, celle de St-Étienne-des-Grès, située dans la région de la Mauricie, n'a cessé depuis ses débuts en 1995 de développer de nouveaux produits et services : on a doublé la surface de l'édifice principal en intégrant des professionnels de médecines douces, un centre de service a été mis en opération dans une municipalité voisine, une résidence pour personnes âgées a vu le jour, etc. Située dans le secteur ouest de la ville de Gatineau en face d'Ottawa, la coopérative de santé Aylmer, qui compte maintenant près de 8000 membres, est devenue en l'espace de quelques années, celle comptant le plus grand nombre de membres au pays. En outre, on y a développé des programmes de prévention s'adressant à des populations cibles : hispanophones, locuteurs francophones originaires d'Afrique. La coopérative s'est aussi engagée dans un fructueux partenariat avec la coopérative des paramédics de l'outaouais (ambulances). (Voir l'encadré, « La Corvée de Saint-Camille », à la page précédente.)

Pourquoi des blocages!

Clinique communautaire, coopératives de services de santé, on le voit, il y a des avantages indéniables à développer ces organisations. La question que je me fais régulièrement poser : Alors, pourquoi n'en avons-nous pas plus?

La réponse n'est pas basée sur une étude exhaustive du sujet, mais des impressions recueillies par des commentaires et des observations depuis une dizaine d'années à la faveur de conférences ou de mandats de consultation que j'ai réalisés en différents endroits au pays.

La santé relève de l'État et des médecins!

Peu importe les débats sur le système de santé, combien de fois n'ai-je pas entendu cette remarque. C'est comme si le simple citoyen était totalement désapproprié du système de santé! Il est vrai que l'appareil public n'a en rien contribué à rapprocher les citoyens de la gestion du système de santé : les places réservées à la population sur les conseils d'administration des établissements publics sont très limitées et le jeu des fusions a fini par réduire le nombre d'établissements. La conséquence de cette perception que le système de santé ne concerne pas les citoyens est qu'en de nombreux endroits au pays, faute d'avoir des services, les citoyens adoptent la posture de résignation plutôt que de tenter d'influer l'organisation des services de santé, prendre les choses en main.

Ignorance et préjugés.

Je ne compte plus le nombre de représentants d'organismes publics de santé ou encore de médecins m'avouer tout bonnement leur totale ignorance du modèle coopératif en santé lorsque ce n'est tout simplement de ce qu'est une coopérative! Ce n'est pas étonnant, les modèles communautaires et coopératifs sont très rarement présentés que ce soit dans les cursus de formation par exemple, des médecins, ou encore dans les rapports.

Mais ce n'est pas tout. À l'ignorance s'ajoutent aussi les préjugés! On ne peut oublier le tollé qu'a provoqué à l'association médicale en Saskatchewan au début des années 1960, la création des cliniques communautaires. Une dizaine d'années plus tard, le Collège des médecins du Québec manifeste son opposition au développement des centres locaux de services communautaires (CLSC), des cliniques essentiellement financées par l'État et qui concilient santé et services sociaux. On ira alors jusqu'à parler de soviétisation du système, notamment parce que les médecins y étaient salariés et qu'ils risquaient de perdre leur sacro-sainte indépendance!

Des médias plus portés vers le sensationnalisme!

Cela relève de l'anecdote, mais il y a quelques années, un journaliste réputé de la télévision de Radio-Canada m'a rencontré pour un long échange sur le concept de coopératives de services de santé avec l'intention d'en faire un reportage. Le projet est tombé à l'eau. On a préféré faire un reportage sur les canadiens et les occidentaux ce faisant traités à coût élevé pour des chirurgies dans des hôpitaux de pays ayant un standard de vie inférieur au notre. À l'option de présenter des citoyens s'organisant pour trouver des solutions concrètes à leurs

problèmes, notre télévision nationale a plutôt privilégié un reportage fort sensationnel qui a peut-être mis quelques politiciens dans l'eau chaude en l'espace de peu de temps, mais qui n'offre en rien des alternatives! Il est difficile de ne pas penser aux thèses développées par l'essayiste américain Noam Chomsky sur la fabrication du consentement par les médias!

Le choc des intérêts!

On l'a vu, le modèle des grandes surfaces commerciales qui possède et gère des cliniques est radicalement différent des cliniques communautaires ou des coopératives de services de santé. Il y a quelques années, un de ces grands commerces n'a pas hésité à faire une offre que ne pouvaient refuser deux médecins pratiquant dans une coopérative de services de santé dans une localité située à une cinquantaine de kilomètres de Montréal. À la suite du départ des médecins, la coopérative a fermé ses portes!

« Mieux vaut prendre le changement par la main avant qu'il ne nous prenne par la gorge. » Cette citation d'une phrase célèbre de Churchill et qu'aime bien évoquer un des leaders de la coop La Corvée de St-Camille illustre le défi qui confronte les tenants d'un système de santé différents. Il me semble y avoir urgence de concertation, de discussion, de mobilisation et d'actions. La santé est un bien trop précieux pour la confier aux seules forces du marché.

Références

¹ Jean-Pierre Girard, Lise Lamothe avec la collaboration de Franklin Assoumou Ndong et Miguel Renato Aguirre, « La contribution des coopératives à l'offre de services de première ligne : liens avec le système public de santé et impacts sociaux-économiques », rapport remis au Secrétariat aux coopératives (Gouvernement du Canada, 2005), consulté le 25 juin 2007 <http://coop.gc.ca/pub/pdf/health-sante2_f.pdf>.

² Cette cause portait sur les délais d'attente pour avoir accès à des chirurgies. Le jugement a été rendu en juin 2005 et reconnaît le droit des québécois de souscrire à une assurance privée pour obtenir dans le secteur privé les soins que le système public n'arrive pas à leur prodiguer dans des délais raisonnables.

³ Le rapport, en français uniquement, est disponible http://www.ircm.qc.ca/bioethique/francais/quoideneuf/cliniques_rapport_2005.pdf

⁴ Voir « Il était une fois des coopératives de services de santé », *Making Waves*, 14,3 (automne 2003): 13-16.



JEAN-PIERRE GIRARD partage son temps entre des activités de consultation auprès d'entreprises collectives et de l'enseignement et de la recherche à l'Institut de recherche et d'éducation pour les coopératives et les mutuelles de l'Université de Sherbrooke (IRECUS) jean-pierre.girard@usherbrooke.ca. Il a publié en 2006 l'ouvrage *Notre système de santé autrement : L'engagement citoyen par les coopératives*, aux éditions BLG.