

**Développement du modèle d'affaires
« grandes surfaces » dans la propriété et la gestion de
cliniques de santé au Québec**

Recherche exploratoire

**Rapport de recherche
réalisé par**

Franklin Assoumou Ndong

Jean-Pierre Girard

Josée Ménard

Avec la collaboration de

Martine Vézina

Mars 2005

**Développement du modèle d'affaires « grandes surfaces » dans la
propriété et la gestion de cliniques de santé au Québec
Recherche exploratoire**

**Rapport de recherche
réalisé par :**

Franklin Assoumou Ndong
Doctorant, UQAR
asndongfranklin@yahoo.ca

Jean-Pierre Girard
Chargé de cours (UQAM) et
spécialiste en entreprises collectives
girard.jean-pierre@uqam.ca

Josée Ménard
Chercheure associée
Institut de recherche et d'enseignement pour les coopératives (IRECUS)
menard.anderson@sympatico.ca

Avec la collaboration de

Martine Vézina
Professeure, HEC Montréal
martine.vezina@hec.ca

Mars 2005

La réalisation de ce rapport a été rendue possible grâce au soutien financier du Réseau FRSQ de recherche en éthique clinique dont le centre de coordination est situé au Centre de bioéthique de l'Institut de recherche clinique de Montréal, du Conseil de la coopération du Québec et de la Confédération des syndicats nationaux.

Les opinions exprimées dans ce rapport n'engagent que leurs auteurs.

© Montréal, mars 2005

Table des matières

Liste des tableaux	ii
Sommaire exécutif	iii
Abréviations et sigles	vi
1. Mandat.....	1
2. Méthodologie de recherche	3
3. Nature, étendue et pratiques du modèle d'affaires « grandes surfaces »	6
3.1 Les cliniques de santé au Québec.....	6
3.2 Un modèle qui prend racine au Québec et au Canada.....	9
3.3 Médecins à la recherche de conditions d'exercice plus favorables	12
3.4 Le développement des pharmacies	17
3.5 La sollicitation de médecins pour les associer au modèle d'affaires	24
3.6 Les approches stratégiques de développement : une grille de compréhension.....	26
3.6.1 Le cas du groupe PJC dans le secteur des cliniques médicales : un modèle de croissance basé sur la réputation	30
4. Potentiel et limite d'implantation du modèle d'affaires.....	33
4.1 Perception et analyse du phénomène par les médecins et leurs représentants.....	33
4.2 Environnement réglementaire : déontologie, droit de propriété, partage des champs d'exercice professionnels.....	37
4.3 Perspectives critiques du développement du modèle.....	41
Conclusion	44
Annexes	47
Annexe 1 : Le groupe PJC et ses stratégies d'intégration de cliniques – Le cas de Ste-Anne-des-Plaines.....	48
Annexe 2 : Portrait des principaux acteurs évoluant dans le secteur des pharmacies	49
• Le Groupe PJC	49
• Loblaw et Provigo	50
• Métro et Brunet	52
• Shoppers Drug Mart et Pharmaprix	53
• Wal-Mart	53
• Uniprix, Unipharm et Uniclinique	55
• Essaim/Obonsoins : création de PharmESSOR.....	56
• COSTCO	57
Bibliographie	59

Liste des tableaux

Tableau 1 :	Croissance des pharmacies par secteur de commerce au Canada	18
Tableau 2 :	Nombre de pharmacies par bannière au Québec, 2004.....	19
Tableau 3 :	Cinq principales bannières à travers le Canada d'après les livraisons de produits d'ordonnance, 2002-2003	20
Tableau 4 :	Ordonnances exécutées par des pharmacies de détail, par personne, par province, en 2004	22

Sommaire exécutif

Depuis quelques années, les services de santé en première ligne au Québec connaissent des changements profonds sur de nombreux fronts, pour n'en nommer que deux, le profil de la pratique médicale et les lieux de pratique des médecins.

Dans un contexte de pénurie d'effectifs qui devrait se poursuivre encore une dizaine d'années, on évoque pour les médecins, un corps médical vieillissant, le groupe d'âge 45-64 ans étant dominant, dans son segment le plus jeune, une présence féminine grandissante et en terme de pratique, moins d'intérêt à investir dans la propriété de cliniques en raison des coûts d'exploitation, des charges fiscales et autres. Ce qui remet en question ce que certains qualifieraient d'acquis historiques, la propriété et la gestion de cliniques par des médecins.

Dans la foulée du rapport de la commission Castonguay-Nepveu, au début des années 1970, une nouvelle configuration d'accès aux services de santé en première ligne s'est mise en place : un réseau d'établissements publics, les CLSC et des établissements privés, généralement propriété de médecins, cliniques et polycliniques en sus du cabinet dans lequel le médecin pratique en solo. En 2005, la situation est radicalement différente. Ainsi si on compare à ce qui existait au milieu des années 1980, le nombre de CLSC a chuté et ceux qui restent sont intégrés à des centres locaux de santé. En ce qui a trait aux cliniques médicales privées, l'information est nettement moins connue et pourtant il y a là une transformation de fond : une concentration, donc une diminution du nombre de cliniques s'expliquant principalement par la place grandissante de grands joueurs commerciaux, chaînes de pharmacies ou grandes épiceries logeant déjà une pharmacie, dans la propriété de cliniques où, leur influence déterminante dans la localisation de cliniques existantes. En d'autres mots, si par le passé, la présence d'un comptoir de pharmacie était généralement en annexe à la clinique, le rapport est maintenant inversé : **la clinique est désormais l'extension de la pharmacie.**

Quelle forme prend cette métamorphose et dans quel contexte elle se situe, quels enjeux notamment ceux liés au bien public, à l'intérêt commun sont soulevés, comment se positionnent les acteurs clés dans ce paysage et aussi, quels sont les impacts? À partir d'une fouille minutieuse et de nombreuses entrevues, ce sont les principales questions auxquelles ont tenté de répondre les auteurs de ce rapport en étant bien

conscient qu'il s'agit là d'une recherche exploratoire donc que plusieurs dimensions restent en friche.

Le groupe Pharmacies Jean Coutu (PJC) est engagé depuis près de 20 ans dans cette recherche d'intégration pharmacie-clinique médicale. Cela constitue une facette supplémentaire d'un modèle d'affaires qui se caractérise depuis son début à la fin des années 1960 par beaucoup d'innovation. Pour les observateurs, on penserait même que cette extension était inscrite dans le code génétique de cette entreprise parmi les plus admirées au Québec. La forme que prend cette intégration se décline en deux modèles, celui où des médecins sont propriétaires d'une clinique médicale et s'installent à proximité d'une pharmacie PJC et celui où PJC est lui-même propriétaire de la clinique, ce que l'on appelle une PJC clinique. Cela représente au total plus de 80 cliniques où pratiquent des centaines de médecins, voir plus de 1000, essentiellement des omnipraticiens. Le groupe Loblaw poursuit sur la même voie. Ce géant canadien de la distribution alimentaire loge dans un nombre croissant de succursales une pharmacie au point qu'il est désormais dans le peloton de tête des chaînes de pharmacies. À l'instar du groupe PJC, Loblaw offre aussi l'accès à des cliniques médicales, près d'une vingtaine à divers endroits au pays mais pas encore au Québec. Cependant des efforts considérables sont investis par cette organisation pour implanter ce modèle au Québec. Si la présente recherche ne permet pas de documenter le cas des autres chaînes de pharmacies et d'épiceries, on note un fort mouvement de concentration, par exemple la fusion d'Obonsoins avec Essaim, l'acquisition des pharmacies Brunet par Métro, etc.

Dans tous les cas, il faut constater que l'idée du marché de destination (one stop shop) est fort populaire. Dans un marché extrêmement concurrentiel, l'enjeu est simple, fidéliser le consommateur et le garder le plus longtemps possible dans son environnement d'affaires lors de ses sorties de magasinage ou de son rendez-vous avec le médecin.

La viabilité de ce nouveau modèle d'affaires repose aussi sur l'engagement à long terme des médecins qui s'associent à ces cliniques. Les médecins en retirent des avantages, mais en contrepartie ils doivent s'engager dans le respect de conditions strictes notamment l'exclusivité de pratique et l'obligation à ne pas exercer sur un territoire donné. La tenue d'un procès intenté par deux médecins contre le groupe PJC et le

Collège des médecins du Québec devrait lever le voile sur plusieurs de ces dimensions. Par contre, les associations de médecins comme celles des pharmaciens ne se sentent pas interpellées par le développement de ce modèle. En ce qui a trait aux ordres professionnelles, tant qu'il n'y a pas manifestations explicites de *conduite préjudiciable envers le public*, on ne voit pas la pertinence d'intervenir, on va jusqu'à souligner que les partenariats constituent des leviers économiques intéressants.

Cependant, le déploiement de ce modèle d'affaires ne va pas sans susciter des questions cruciales. Ce modèle se développe dans des marchés dit 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, 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.

Enfin, en terme de projection, on peut se demander à moyen et longs termes comment réagira la concurrence vis-à-vis la relation d'affaires avec un nombre grandissant de médecins qu'est à développer PJC? Assisterons-nous à une escalade des moyens de séduction au seul bénéfice de ces acteurs de la santé, le citoyen en étant réduit au simple rôle de patient-consommateur? Heureusement, des alternatives existent. Le regroupement de professionnels en centre de services organisés qui ne sont pas des fourre-tout de services et qui n'ont pas une vocation commerciale ou encore la mise en place de coopératives de santé comme le suggère l'Association Médicale du Québec ouvrent des perspectives intéressantes.

Abréviations et sigles

ABCPQ	Association des bannières et chaînes en pharmacies du Québec
AJMQ	Association des jeunes médecins du Québec
AQPP	Association québécoise des pharmaciens propriétaires
CH	Centre hospitalier
CHSLD	Centre hospitalier de soins de longue durée
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHU	Centre hospitalier universitaire
CLSC	Centre local de services communautaires
CMA	Centre médicaux associés
CMQ	Collège des Médecins du Québec
CR	Centre de réadaptation
FMOQ	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
FMRQ	Fédération des médecins résidants du Québec
FMSQ	Fédération des médecins spécialistes du Québec
GMF	Groupe de médecine familiale
GPJC	Groupe Pharmacies Jean Coutu ou Groupe Jean Coutu
GRIS	Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (Université de Montréal)
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
IMS Health	International Marketing Services (secteur de la santé)
MVL	Médicaments en vente libre
OPQ	Ordre des pharmaciens du Québec
PJC	Pharmacies Jean Coutu
RAMQ	Régie de l'assurance-maladie du Québec

1. Mandat

En septembre 2004, le dépôt d'une requête à la cour supérieure du Québec a eu un écho médiatique considérable : la poursuite engagée par deux médecins contre le groupe Pharmacies Jean Coutu (PJC) et le Collège des médecins du Québec. En quelques mots, ces deux médecins sont d'avis que le premier leur a livré une concurrence déloyale dans le marché de location et que le second, ferme les yeux sur les questions éthiques liées entre autres à l'indépendance de ces professionnels. Cette poursuite, par ses allégations, soulève des questions fondamentales liées aux pratiques commerciales, aux modalités de concurrence, aux règles de déontologie, etc. mais plus fondamentalement, elle est l'expression bruyante de la présence et du développement d'un modèle d'affaires dans les services de santé de première ligne au Québec : par une stratégie de proximité d'une clinique médicale, de grandes surfaces commerciales qui veulent offrir aux consommateurs l'accès en un seul endroit, à une vaste gamme de produits et services, notamment l'accès à des médecins.

Un des auteurs du présent rapport a précédemment documenté le rôle clé joué par l'acteur dominant au Québec de ces grandes surfaces combinant pharmacie et clinique, le groupe PJC dans la disparition d'une coopérative de services de santé à Saint-Anne-des-Plaines en l'an 2000 et partant, la grande capacité d'attraction de cette organisation à l'égard des médecins et plus globalement, d'acteurs de la société civile, telles les municipalités (Girard et Langlois, 2004). Quoique à 4 ans d'intervalle, les deux événements sont en quelque sorte à la base de cette recherche : Au-delà des bribes d'information émanant de divers médias, de quoi parle-t-on au juste lorsque l'on évoque cette présence de grandes surfaces commerciales dans l'univers des services de santé de première ligne au Québec et quels sont les principaux enjeux que cela soulève, non seulement pour des raisons d'affaires mais aussi d'un point de vue de société? La santé n'est-elle pas après tout un sujet d'intérêt collectif, une question relevant du bien commun? Le mandat de cette recherche est de documenter et d'exposer selon diverses perspectives, ce modèle d'affaires qui, peu le savent, joue un rôle significatif dans la reconfiguration des services de santé de première ligne au Québec.

Devant l'absence de portrait global ou de source centralisée d'information, une grande variété de moyens de recherche a dû être mise à contribution pour les fins de la réalisation de ce rapport. C'est ce qui est présenté dans la section *méthodologie*.

Les cas évoqués précédemment sont-ils isolés ou peut-on parler d'un modèle d'affaires en croissance? Est-ce une partie à un seul joueur (groupe PJC) ou à plusieurs? D'une situation strictement québécoise ou ayant également des manifestations ailleurs au pays? Les pharmacies ont connu une croissance importante ces dernières années. Quelle en est la taille et la place des prescriptions (ordonnances) dans le volume d'affaires? Comment se caractérise la sollicitation de médecins pour adhérer à ce modèle d'affaires? Enfin, à partir d'une contribution originale de Martine Vézina que l'on retrouve dans le point 3.6, comment comprendre le contexte stratégique en toile de fond de ce déploiement et comment lire l'approche particulière du groupe PJC? Ces questions constituent la trame de la section *Nature, étendue et pratiques du modèle d'affaires*.

Et de quoi demain sera-t-il fait? Retrouvera-t-on la majorité des médecins omnipraticiens pratiquant hors établissements publics ayant leur bureau à l'ombre de la grande bannière jaune nous promettant d'y trouver de tout, même un ami médecin, ou de telle autre bannière verte ou bannière rouge mais ayant tous en commun, des moyens financiers considérables et la même profession de foi au concept de marché de destination (one stop shop)? La perception des acteurs de la santé de ce modèle d'affaires, l'environnement réglementaire et quelques perspectives critiques du développement du modèle sont les principaux thèmes soulevés dans la section *Potentiel et limite d'implantation du modèle d'affaires*

Cette recherche est de nature exploratoire. La très grande dissémination d'information a cependant forcé les auteurs à s'investir davantage qu'ils ne l'anticipaient au départ et que ne le prévoyait le cadre budgétaire. Même dans ce contexte, tel que mentionné à la fin de ce rapport plusieurs questions restent en suspens, ce qui ouvre la porte à des travaux subséquents.

2. Méthodologie de recherche

Cette étude exploratoire a été exigeante car peu d'information circule, sinon sur une base parcellaire, sur l'objet qui est examiné. Ce n'est pas étonnant. On parle ici de stratégies d'affaires dans un milieu très compétitif et l'idée d'une association pharmacie-clinique pourrait être associée à celle de la privatisation du système de santé, sujet encore sensible dans l'opinion publique. Plusieurs méthodes de recherche ont été utilisées pour réaliser la cueillette de données, qui s'est avérée, dans certains cas, un véritable travail d'enquête. Les travaux de recherche ont été effectués du 12 décembre 2004 au 30 mars 2005. Aucune restriction chronologique n'a été imposée. Une minutieuse fouille documentaire a d'abord été effectuée à partir de bases de données générales. Puis cette étude s'est poursuivie à l'aide de sites et de bases de données spécialisées destinées aux médecins, aux pharmaciens, aux intervenants du réseau de la santé et aux investisseurs du secteur des pharmacies. Enfin, une série d'entrevues a été menée auprès de médecins, d'informateurs clés du milieu médical et d'experts-conseils. La taille de la bibliographie témoigne de l'ampleur et de la complexité du sujet de recherche.

Recherche d'information à partir de base de données générales

Plusieurs bases de données ont été utilisées : *Biblio Branchée* (via Services bibliothécaires universitaires), *Eureka* pour les Journaux, Revues et Publications d'affaires ou d'intérêt général; *Canada News Wire (CNW)*, *Canadian Newstand Major Daylies*; *Proquest*; *Cyberpresse (Archives)*; *Health Affairs (Policy Journal of the Health Sphere)*; *Institut Canadien d'Information sur la Santé (ICIS)*; *Pharmactuel*, et bien d'autres.

Des combinaisons de plusieurs de ces mots clés ont été utilisées afin de maximiser les croisements d'informations. Les mots clés les plus utilisés durant la recherche dans les bases de données et les portails étaient : clinique médicale, pharmacie clinique médicale, Loblaw clinique médicale, loblaw pharmacie, jean coutu clinique médicale, pharmacie jean coutu clinique, grandes chaînes clinique médicale, supermarché clinique médicale, métro clinique médicale, métro pharmacie, [nom d'une bannière] clinique médicale, one stop shop [nom d'une bannière], one stop shop clinique, medical clinic

pharmacy, medical clinic supermarket, medical clinic [nom d'une bannière] et bien d'autres combinaisons.

Recherche d'information à partir de sources spécialisées

La recherche d'information s'est ensuite poursuivie à travers les périodiques et les portails spécialisés destinés aux médecins, aux pharmaciens, aux intervenants et chercheurs du réseau de la santé comme par exemple ceux : du Collège des médecins du Québec (CMQ), de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), de la Fédération des médecins résidents du Québec (FMRQ), de la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ), de l'Association des jeunes médecins du Québec (AJMQ), de l'Association Médicale du Québec (AMQ), de l'Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ), de l'Association québécoises des pharmaciens propriétaires (AQPP), du Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS), de l'Office des professions, du Ministère de la Justice et du Conseil de la santé et du bien-être Québec (CSBQ). Les périodiques suivants ont également été l'objet de consultation : L'Actualité Médicale, Le Médecin du Québec, Le Praticien, Le Spécialiste, Le Collège, Pharmactuel.

Enfin, ont été fouillés systématiquement les rapports annuels et les portails des organisations concernées par ce modèle d'affaires, telles les pharmacies, les supermarchés, les entreprises spécialisées en gestion médicale et en technologie de l'information et enfin les sites d'analyse financière et de gestion stratégique du secteur des pharmacies.

Entrevues semi-dirigées auprès de médecins, d'informateurs clés et d'experts-conseil

L'objectif de ces entrevues était dans un premier temps de valider sur le terrain la pertinence des informations recueillies à partir des bases de données. Le second objectif était de recueillir des informations de nature qualitative sur le potentiel d'implantation de ce modèle d'affaires. La confidentialité ayant été assurée, les personnes du milieu médical ont démontré une très grande ouverture d'esprit et une très grande générosité face à l'exercice. Les contacts et les résultats obtenus du côté des

pharmacies et des supermarchés concernés ont par ailleurs été décevants et la décision a été prise de ne pas insister.

Les personnes interviewées ont été choisies en fonction de leur implication dans le réseau de la santé, de leur expérience et de la qualité de leur analyse. Le choix de ces personnes s'est effectué avec le souci d'avoir une certaine représentativité en fonction du nombre d'années de pratique, du lieu de pratique, et du statut de médecins propriétaires/médecins locataires. Mais en aucun cas, ces données ne peuvent être utilisées comme résultats statistiquement représentatifs de l'opinion des médecins.

Ainsi, ont été réalisés 16 entrevues auprès de médecins omnipraticiens dont 9 actifs dans les grands centres urbains du Québec et 7 dans les petits centres urbains en régions. 10 médecins interviewés étaient médecins propriétaires et 6 médecins locataires. Ont été interviewés deux médecins spécialistes ayant une longue expérience en gestion de clinique médicale. De plus, 10 entrevues ont été effectuées auprès d'informateurs clés du réseau de la santé.

Enfin, question de valider ou d'apprécier certaines informations de pointes, quelques experts-conseils ont apporté leur contribution à l'exercice dont un spécialiste en immobilier, un avocat et un fiscaliste.

Une requête, un procès

En septembre 2004, deux médecins alléguant avoir eu à composer avec une concurrence déloyale du groupe PJC ont intenté un procès contre cette organisation et le Collège des médecins. La requête supportant ce procès ayant été déposée, il s'agit donc d'un document public. L'information qu'on y trouve est en relation très étroite avec le contenu de ce rapport. Après réflexion et discussion, pour des raisons évidentes, il a été convenu de n'en faire qu'un usage très limité. En outre, lorsque cité dans ce rapport il est systématiquement indiqué qu'il s'agit, du moins jusqu'à ce que le procès s'instruise, d'allégations. La démonstration reste donc à faire par les parties devant les tribunaux.

3. Nature, étendue et pratiques du modèle d'affaires « grandes surfaces »

Cette section a pour but de présenter les résultats des recherches sur la nature, l'étendue et les pratiques du modèle d'affaires « grandes surfaces » dans la propriété et la gestion de cliniques de santé avec en sus, une réflexion originale sur la dimension stratégique de ce développement.

3.1 Les cliniques de santé au Québec

L'importance des cliniques médicales dans les soins de première ligne

Au Québec, selon des données de 2001, on compte 1546 cliniques médicales (Deshaies, MSSS, mai 2001)¹. Elles sont au cœur des soins de première ligne : 85% des soins médicaux généraux y sont dispensés (FMOQ, L'Actualité médicale, 2 mars 2005). Deux tiers des omnipraticiens québécois y exercent et y consacrent 50% de leurs activités cliniques (Fournier & Contandriopoulos, 2005).

Origine des cliniques médicales

Les médecins omnipraticiens québécois ont opté massivement pour la médecine en cabinet et en clinique médicale dans les années 1970. Avec la mise en place du régime d'assurance-maladie et la création de la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ), la couverture médicale pour les services médicalement requis était en pleine expansion et les nouveaux médecins diplômés affluaient sur le marché du travail à un rythme plus ou moins soutenu de 10% par année. Désireux d'investir et de profiter des opportunités qu'offraient le marché immobilier à cette époque, encouragés par leur Fédération, qui voyait dans ce mode d'organisation, un placement à long terme, les jeunes médecins ont massivement opté pour la pratique en clinique privée ce qui, selon certain, n'a pas été sans nuire aux partisans du développement du réseau des CLSC et du recrutement des médecins dans ces Centres (Guérard, 1996). Le nombre de

¹Il s'agit du nombre de cabinets privés recensés en 2000. Tandis qu'on connaît le nombre de médecins omnipraticiens travaillant en cabinet privé en 2003, le nombre de cabinets privés n'est pas connu. Ainsi, par exemple, l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal ignore le nombre de cabinets privés établis sur son territoire (L'Actualité médicale, 23 mars 2005).

cliniques privées a connu une véritable explosion entre 1974 et 1984, pour se stabiliser par la suite dans les années 1990 et se maintenir plus ou moins au rythme de l'évolution des effectifs. Depuis quelque temps, on assiste cependant à un désintéressement pour les cliniques privées. Elles ont perdu 130 médecins de famille depuis 1999 (L'actualité médicale, 2 mars 2005) et, tel que mentionné dans l'édition du 27 septembre du journal Le Devoir, dans le seul cas de Montréal, on relève la fermeture de 65 cliniques entre 1998 et 2002.

Les médecins : entrepreneurs privés et autonomes

Le régime québécois de santé est caractérisé par la médecine libérale; les médecins sont des entrepreneurs privés autonomes et indépendants (Diallo, 2000) qui ont l'entière responsabilité de leur lieu et de leur type de pratique. Ils sont rémunérés à l'acte par un tiers payant public, la Régie d'assurance-maladie du Québec. C'est par le biais de leur Fédération, que les médecins négocient avec la RAMQ les tarifs pour chacun des actes de rémunération. Au fil des ans, certains médecins omnipraticiens, selon leur type et leur lieu de pratique, ont opté pour une rémunération mixte combinant un forfait et la rémunération à l'acte.

Le type de pratique

Les médecins omnipraticiens ont développé différents types de liens avec leur clinique d'exercice. Ce lien est d'abord conditionné par le type de pratique. On distingue ainsi les médecins qui ont opté pour un pratique solo (dans les faits, 1 à 3 médecins) et ceux qui ont opté pour la pratique en groupe. On dit que les premiers travaillent en cabinets privés et que le second en cliniques médicales. Ainsi, des 1546 cliniques médicales, 707 sont des cabinets privés et 839 des cliniques médicales (Deshaies, MSSS, mai 2001).

Le type de propriété

Puis c'est le type de propriété qui conditionne les statuts du médecin omnipraticien : médecin propriétaire, médecin associé ou médecin locataire. Les médecins ont accès à différentes formules pour concrétiser ce statut : le contrat de société régi par le Code

civil, la société de dépenses ou les contrats d'association. Contrairement à tous leurs collègues canadiens, les médecins n'ont pas le droit de s'incorporer².

Ainsi, selon une étude réalisée en 1999, dans 48% des cas, 12% des médecins omnipraticiens sont propriétaires uniques, 36% sont associés et 47% sont locataires. Les médecins locataires sont liés par différents types de contrats, notamment 45 % d'entre eux par un contrat de location de services à montant fixe, 28% par un contrat de location à pourcentage et 15% d'entre eux par un contrat de société de dépenses. (Rodrigue, Jean et al, *Le Médecin du Québec*, 1999) Enfin, selon la même étude, dans 42% des cas, les médecins sont propriétaires de l'immeuble où se situe le cabinet. Parmi les autres catégories de propriétaires, on retrouve des promoteurs (21%) et des professionnels de la santé (20%).

Environnement législatif et réglementaire

Quel que soit le type de pratique et de propriété choisi, le médecin demeure un professionnel, autonome, libre et responsable de ses actes. Son travail est régi par le Code des professions, la loi médicale et les règlements qui en découlent dont le Code de déontologie du Collège des Médecins du Québec. Ces lois et règlements précisent les obligations du médecin envers le patient, le public et la profession.

Par ailleurs, depuis les 30 dernières années, les médecins omnipraticiens ont été au cœur de la plupart des réformes qui ont mobilisé le secteur de la santé. Ces différentes réformes ont essentiellement remis en question le partage des ressources et des responsabilités au sein du réseau. Les nombreuses réformes ont ainsi profondément modifié la pratique médicale de première ligne et les conditions d'exercice des médecins, et complexifié, à maints égards, la gestion des cliniques médicales.

² L'incorporation fait l'objet de discussions entre les représentants des médecins et le gouvernement depuis 2 ans déjà. Les médecins croient d'ailleurs que la sortie des médias sur les relations commerciales entre les médecins et les pharmaciens a freiné ce dossier.

3.2 Un modèle qui prend racine au Québec et au Canada

Le modèle de marché de destination (*One Stop Shop*) est déjà bien connu avec l'avènement des centres commerciaux développés en premier surtout aux États-Unis. C'est en quelque sorte un modèle de « guichet unique » du commerce du détail. Le secteur des pharmacies est depuis longtemps axé sur le regroupement, au même endroit, des produits et services courants, en plus des médicaments (les fameux *drugstores*). L'ajout des cliniques médicales dans les supermarchés a aussi émergé aux États-Unis (Staples, 2002). Au Canada, c'est la compagnie Loblaw³, leader au pays dans les chaînes de supermarché, qui a été la première à étendre ce modèle pour inclure les cliniques médicales de consultation sans rendez-vous à côté ou à l'intérieur de ses supermarchés et pharmacies au début des années 2000. En juillet 2001, un médecin de famille a ouvert deux nouvelles cliniques installées à proximité de supermarchés et pharmacies du groupe Loblaw à Dartmouth en Nouvelle-Écosse (Livingston, 2002; Dooley, 2001). Plus récemment, Loblaw annonçait l'ouverture d'une clinique à Ste-Catherines en Ontario, dont le recrutement des médecins a été sous la responsabilité de *Primacy Management* et la gestion confiée à la firme *Healthscreen Solutions*, une compagnie de logiciels informatiques dans le domaine médical qui opère aussi des cliniques médicales. La nouvelle clinique est située à l'intérieur d'un supermarché *Zehrs*, une des bannières appartenant à la compagnie Loblaw. Elle s'ajoute à deux autres cliniques ouvertes par *Healthscreen Solutions* en partenariat avec Loblaw dans les localités de Leamington et Cambridge en Ontario. Une autre clinique de cette nature devait être ouverte à Windsor, toujours en Ontario. Au total, en 2004, on relève que *Primacy Management* a 21 cliniques associées à des magasins Loblaw en Ontario, dans l'Est et l'Ouest du pays avec la projection d'un développement de 8 autres cliniques à court terme (Gersohn, *Canadian Healthcare Technology*, 2004).

Par ailleurs, le Groupe Katz d'Edmonton en Alberta, un des leaders canadiens des chaînes de pharmacies (Pharma Plus, Guardian, Rexall, IDA, Herbies and Medicine Shoppe) a de son côté annoncé en septembre 2004 qu'il allait opérer des changements dans ses réseaux de pharmacies en ajoutant notamment des cliniques médicales et/ou bureaux pour médecins, particulièrement à proximité de ses magasins Rexall (C.f. : ACNielsen Canada, www.acnielsen.ca).

³ Voir en annexe le portrait de cette organisation.

Au Québec, ce n'est qu'en septembre 2004 que la compagnie Loblaw annonçait qu'elle avait l'intention d'ouvrir une clinique médicale de consultation sans rendez-vous et de médecine familiale dans la région de Québec. La compagnie a alors confié à la firme *Primacy Management* le soin de recruter les médecins et d'ouvrir les cliniques, selon une entente exclusive entre les deux organisations (Bédard, in, *Le Soleil*, 2004; C.f. : www.primacy.ca). Suite à cette annonce, la compagnie Loblaw et la firme *Primacy* ne laissent filtrer aucune information sur l'ampleur de leur projet (Bédard, in, *Le Soleil*, 2004). La compagnie a cependant fait paraître depuis juin 2004 une annonce dans *L'Actualité médicale* et cible plusieurs endroits au Québec pour y implanter des cliniques médicales : Saint-Laurent, Ancienne-Lorette, Magog, les secteurs d'Hull et d'Aylmer de la ville de Gatineau, La Salle, Trois-Rivières, Chicoutimi, Montréal, Victoriaville, Saint-Hyacinthe et Drummondville. Des lettres de sollicitations ont aussi été envoyées aux médecins à travers la province (Pellerin et Méthot, *L'Actualité médicale*, 2004). Par ailleurs, à Sherbrooke, il y a déjà au moins un précédent d'une succursale Maxi et cie logeant une pharmacie et qui offre également l'accès aux services d'une infirmière, notamment pour des prélèvements sanguins et des vaccinations (La Tribune, Sherbrooke, 31 mars 2005).

Le groupe PJC s'intéresse depuis longtemps à la combinaison pharmacie-clinique médicale. Ainsi, dans un article paru en 1990 dans le journal *Les Affaires*, le vice-président aux affaires immobilières du groupe évoque le développement de petits centres commerciaux ou édifices professionnels incluant bien entendu une pharmacie mais aussi des boutiques et une clinique médicale. On donne alors l'exemple d'un projet à Lévis qui « regroupera une polyclinique **médicale** de 20 000 pi², des bureaux de professionnels (optométristes, dentistes, etc.) et, naturellement, une **pharmacie** Jean Coutu. Le projet est estimé à 4,5 M\$ » (Prince, 1990).

Ce mouvement se poursuit tout au cours de la décennie 1990. Le cas de Sainte-Anne-des-Plaines qui s'est déroulé en 1998-1999 illustre la force d'attraction de ce modèle d'affaire développé par le groupe. En quelques mots, à l'initiative de la municipalité, des citoyens ont procédé en 1997 à la mise en place d'une coopérative de santé et, après de nombreux efforts, recrutés deux médecins. Deux ans plus tard, les membres ont accepté de liquider la coopérative lorsque le groupe PJC a offert de prendre en charge

l'hébergement des dits médecins dans leur nouvelle pharmacie sise dans cette municipalité des de la région des Basses Laurentides (Girard, Langlois, 2004). Une information plus détaillée se trouve en annexe 2.

Loin de changer avec le tournant de l'an 2000, ce modèle jumelant une pharmacie et une clinique poursuit son expansion. Dans un article publié en 2001 on mentionne :

...le Groupe Jean Coutu entend poursuivre son expansion en ouvrant 17 nouvelles pharmacies cette année. Parmi elles, six feront partie d'un complexe comprenant une clinique médicale. Le Groupe Jean Coutu possédera l'immeuble et exploitera la pharmacie, mais laissera aux médecins le soin d'exploiter la clinique. L'entreprise compte beaucoup sur ce concept.

"C'est l'avenir", a affirmé Jean Coutu.

Il a expliqué qu'avec le vieillissement de la population, il y aura de plus en plus de gens qui apprécieront le fait d'avoir accès à une pharmacie immédiatement après avoir été chez le médecin, sans avoir à se rendre à un endroit différent. (Tison, 2001)

Pour des raisons évoquées antérieurement, il n'y a pas de portrait global mais deux cas parmi plusieurs exposent le déploiement récent de ce modèle d'affaires. Ainsi le 5 février 2004, le Groupe PJC ouvrait la deuxième plus grande succursale de son réseau. Situé sur l'avenue Beaumont, à l'angle de l'avenue Rockland, à Ville Mont-Royal, cet établissement offre près de 12 000 pieds carrés de surface magasinage à ses clients. Il loge également la Boutique Passion Beauté, le tout premier département *Make-Up For Ever* en pharmacie ainsi qu'une clinique de services spécialisés, soit la fertilité, la physiothérapie et la médecine générale pour ne nommer que ceux-là. L'espace destiné aux prescriptions est doté d'un laboratoire à la fine pointe de la technologie de même que d'un service-au-volant. De plus, les clients bénéficient d'une aire de consultation privée et des journées santé sont organisées. Une infirmière est également sur place pour répondre aux questions des clients (C.f. : site Internet du Groupe Jean Coutu).

En mai 2004 on procède à l'ouverture à Saint-Nicéphore d'une pharmacie à grande surface, ayant nécessité un investissement net de 3,2 M \$. Le deuxième étage du bâtiment devait être occupé par six médecins de la Clinique médicale de Saint-Nicéphore. Le complexe de soins de santé devait comprendre également des services

de radiologie, de dentisterie et de physiothérapie (Centre des ressources du Canada du Centre-du-Québec, 2004).

Quelle est la situation actuelle de ce modèle d'affaires pharmacie-clinique au sein du groupe PJC? Derechef, l'information n'est pas aisément accessible. Cependant on sait qu'il y a cohabitation d'au moins deux modèles, celui où des médecins sont propriétaires d'une clinique médicale et s'installent à proximité d'une pharmacie PJC et celui où PJC est lui-même propriétaire de la clinique, ce que l'on appelle une PJC clinique. Dans une entrevue accordée au journal *Le Soleil* et publiée le 17 juillet 2004, une porte-parole du groupe évoque le nombre d'environ 80 cliniques qui sont adjacentes aux pharmacies PJC. De ce nombre, 39% seraient du deuxième type, soit des PJC cliniques.

La simple observation des localisations de pharmacies d'autres chaînes telles Pharmaprix ou Uniprix permet de constater fréquemment une proximité avec une clinique médicale mais contrairement aux cas précédents, il n'y a pas de sources documentaires qui ont été relevées à ce sujet. De ce fait, on ne peut savoir si, tel un bail, un lien contractuel régit cette proximité.

3.3 Médecins à la recherche de conditions d'exercice plus favorables

La proximité des pharmacies et des cliniques médicales n'est pas en soi un phénomène nouveau (*CMQ, Le Collège, Vol. XLV, no 1, Hiver 2005*). Ce qui est relativement récent comme phénomène c'est l'entrée en scène des grandes chaînes qui convoitent l'exploitation de cliniques médicales. Mais quel est le profil des médecins omnipraticiens « ciblés » par ces grands groupes?

Les recherches documentaires préliminaires laissent croire que les jeunes femmes médecins et ensuite les jeunes hommes médecins représentaient la principale cible des pharmacies et des grandes chaînes d'alimentation. La prémisse de base étant que l'augmentation des coûts de gestion des cliniques et les changements dans le milieu de la profession médicale, notamment la féminisation, (beaucoup plus de jeunes femmes médecins) stimulent une demande pour des solutions clés en main. De plus, ce groupe apparaît comme un bassin naturel car une grande proportion des jeunes hommes et des femmes médecins sont médecins locataires. Ils ont la réputation d'être très mobiles et

particulièrement réceptifs aux opportunités d'affaires. Comme, ils sont les moins bien payés au Canada, que leurs conditions de rémunération sont différentes de leurs pairs ayant plus d'années de pratique et qu'ils sont recherchés; ils ne se sentent nullement coupable d'aller négocier de meilleurs taux de location chez le compétiteur à savoir les autres cliniques des environs et enfin les pharmaciens. La tendance semble se dessiner clairement : ces nouveaux médecins ne veulent ni investir dans la propriété de cliniques médicales, ni s'engager à long terme avec d'autres médecins, ni gérer une clinique. Ils ne sont pas intéressés à la pratique en cabinet privé dans les conditions actuelles. Ils sont donc intéressés par des propositions de cliniques clés en main et peu coûteuses à opérer, comme le proposent les chaînes de pharmacies et de supermarchés. Pour les jeunes femmes médecins, le fonctionnement d'une clinique médicale est de plus en plus coûteux et difficile à concilier avec les congés de maternité. Elles se sentent pénalisées au niveau de leur rémunération. Elles cherchent donc des conditions d'exercice qui répondent à leurs attentes professionnelles et personnelles (Dampousse, in, *Santé Inc*, Mars 2005).

En approfondissant un peu plus les recherches documentaires et en réalisant les entrevues, il s'est avéré que ces entreprises ne ciblent pas ce groupe de médecins en particulier mais qu'elles profitent plutôt des difficultés que les cliniques médicales connaissent depuis fort longtemps. Ces difficultés obligent des médecins, peu importe leurs nombre d'années de pratique, à chercher des solutions notamment pour diminuer leurs frais d'exploitation, pour s'assurer de récupérer un minimum de leur investissement avant la retraite, pour mettre fin aux problèmes de recrutement, de rentabilité de leurs cliniques et enfin d'autres pour se donner des meilleurs conditions de pratique. Ainsi, par exemple, des médecins propriétaires, ayant plus de 20 ans de pratique, vendent leur immeuble et deviennent locataires des pharmaciens.

Pourtant, les difficultés auxquelles font face les cabinets privés sont bien connues dans la communauté médicale. L'étude réalisée par SECOR en 1999-2000 à la demande de la FMOQ a très bien identifié les différentes difficultés des cliniques. Les entrevues auprès des médecins omnipraticiens ont permis de constater que ces difficultés étaient toujours bien présentes et expliquaient l'attrait qu'exerce les offres des grands groupes tel PJC. Quelles sont ces difficultés?

La hausse des frais d'exploitation: la rémunération n'a pas suivi la hausse des coûts. De plus, la clientèle est de plus en plus lourde, les patients ont des problèmes plus complexes qui nécessitent plus de personnel (nutritionniste, infirmière, psychologue, etc.);

Le plafonnement des revenus : Les plafonds de rémunération imposés aux médecins québécois limitent l'accessibilité aux soins et la rentabilité des cliniques car « plusieurs médecins choisissent de fermer leur cabinet plutôt que de travailler pour 25% de leur rémunération normale » (FMOQ, *Communiqué de presse*, 27 mars 2005). Mise à part, les revenus de location dans leur immeuble si ils sont propriétaires, les médecins n'ont pas la possibilité de diversifier leurs revenus comme, par exemple les pharmaciens, qui en plus de la rémunération par la RAMQ pour l'exécution des prescriptions, ont accès aux profits générés par les médicaments vendus et les autres activités commerciales autorisées par le règlement de la loi des pharmacies;

La TPS et la TVQ représentent une baisse de 15% de leur revenu net car les cliniques médicales n'ont pas droit au crédit de taxe sur les intrants. Elles ne peuvent pas transférer ces taxes aux patients. Cet aspect est un irritant majeur pour les médecins;

Le manque d'investissement dans l'acquisition et l'implantation de systèmes d'information intégrés. Cette situation entraîne beaucoup de frustration. Les projets GMF devaient permettre au clinique d'avoir accès à ces investissements. Il semble que ce soit cependant l'aspect du projet qui fonctionne le moins bien;

Le désintéressement des jeunes dans la prise de risque financier : le marché de l'immobilier ne représente plus un potentiel de rendement assuré. De plus, les jeunes ont peur de ne pas réussir à rentabiliser une clinique. C'est plus simple, de ne pas investir;

L'émergence de promoteurs propriétaires offrant des stratégies différenciées pour attirer les médecins : Certains médecins ont perdu des jeunes médecins qu'ils espéraient convaincre de devenir associés au profit de grandes chaînes de pharmacies. Certains médecins ont dit qu'il était impossible de lutter avec les offres de Jean Coutu pour attirer les médecins;

Difficultés de recrutement : Il est très difficile de faire du recrutement dans une période de pénurie. De plus, plusieurs soutiennent que les mesures adoptées par le gouvernement pour diriger les effectifs dans certaines régions (Plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM)) et dans certains lieux de pratique (Activités médicales particulières (AMP)) ont vidé les cabinets privés. Les médecins soutiennent qu'au fil du temps toutes les mesures de planification des effectifs, préparées par les fonctionnaires, ont eu pour effet d'effriter le consensus social à la base. Auparavant les jeunes médecins s'intégraient à leur nouveau milieu de pratique en mettant l'épaule à la roue et en partageant le travail avec leurs collègues. Maintenant ce n'est plus possible car les jeunes médecins doivent faire un nombre précis d'AMP. Selon l'Association des jeunes médecins du Québec (AJMQ), les AMP seraient responsables de la fermeture de dizaines de cliniques médicales au Québec. (Gladu, *Une décennie à oublier pour les médecins du Québec*, AJMQ, juin 2004). Dans de telles conditions, la relève dans les cabinets privés représente un problème majeur;

La reconnaissance des besoins des jeunes médecins : Les médecins en exercice n'ont pas su être pro-actifs et adapter leurs offres aux attentes des jeunes médecins. Ils ont de la difficulté à comprendre les jeunes de la Génération X. Ce phénomène est d'ailleurs documenté. Dans sa revue *Perspectives du Collège royal du printemps 2005*, le Collège royal y consacre un article intitulé : formé la génération X : un thème de plus en plus brûlant. La Collège conclue que cette génération obligera une révolution du mieux-être dans le milieu du travail médical ;

Phénomène de frustration chez les jeunes médecins: L'ensemble des mesures punitives, coercitives et discriminatoires imposé aux jeunes médecins pour solutionner les problèmes de répartition des effectifs a engendré un grand sentiment de frustration. Selon l'AJMQ, aucune autre profession n'offre des conditions aussi contraignantes. Cette association considère que les jeunes sont mal représentés par la FMOQ;

Les jeunes sont très mobiles, ils ne veulent pas s'engager. Toutes les mesures pour aller en région leur ont donné la piquûre. Ils aiment la médecine itinérante. Selon un sondage de la FMOQ, ils s'intéressent davantage à la pratique en CLSC.

Le pouvoir d'attraction des promoteurs du modèle d'affaires « grandes surfaces » repose sur leur capacité de répondre aux besoins et aux attentes professionnelles et personnelles des médecins omnipraticiens (les médecins spécialistes qui ont des cliniques privées sont également sollicités par ces grands groupes). Le réseau de la santé et des services sociaux du Québec, sera-t-il en mesure de contrer ce pouvoir d'attraction?

Le réseau de santé québécois est un véritable chantier de réformes. Plusieurs projets proposés concernent notamment les soins de première ligne. Le principal projet offert aux médecins omnipraticiens pratiquant dans les cliniques médicales, soit les projets de Groupe de médecine familiale (GMF) ne suscite pas l'enthousiasme espéré. À ce jour seulement 87 GMF ont été créés alors que l'objectif gouvernemental était de 300. Les irritants se multiplient, on dénonce la lourdeur du processus, l'informatisation est une grande source de déception, le dirigisme dans le choix des ressources en décourage plusieurs (L'Actualité médicale, 16 mars 2005). Selon les résultats d'un sondage réalisé pour la FMOQ sur la transformation du réseau et les conditions d'exercice et de rémunération, 71,2% des médecins omnipraticiens qui n'ont pas encore adhéré au GMF n'ont pas l'intention de le faire (Le Médecin du Québec, vol.40,no1, janvier 2005, p.111). Selon les résultats de ce sondage, il semble que la plupart des projets proposés pour réorganiser les soins de première ligne suscitent peu d'enthousiasme :

« Les médecins omnipraticiens prennent leur distances face aux changements structurels annoncés. Les réponses aux questions nous montrent un groupe partagé quant aux vertus possibles des nouveaux modes d'organisation. » (Le Médecin du Québec, vol.40, no1, janvier 2005, p.113)

Les différentes publications destinées aux médecins omnipraticiens traduisent également une certaine désillusion par rapport aux chances de succès de ces nouveaux modes d'organisation. Tandis que le réseau déploie toute son énergie pour réussir l'arrimage organisationnel des acteurs du réseau, les médecins seront-ils tenté de trouver des solutions individuelles pour satisfaire leurs attentes professionnelle? Alors que les médecins sont centrés sur une logique d'efficacité et de résultats, et aimeraient voir des résultats rapidement, le réseau a une logique d'action centrée sur le contrôle des coûts, le contrôle des informations, les résultats à long terme.

Les médecins omnipraticiens arriveront-ils à trouver une solution aux problèmes de pérennité des cliniques médicales et de recrutement? Il est certain que la disparité des liens contractuels existant entre les omnipraticiens et leur cabinet ne facilite pas la situation :

« Le sondage (effectué pour la FMOQ, en mars 1999) a mis en évidence la disparité des liens contractuels existant entre les omnipraticiens et leur cabinet. Cette disparité est particulièrement évidente dans le cas des femmes et des jeunes médecins qui forment la relève de notre profession. Sans concertation, les intérêts des médecins propriétaires, des promoteurs, des médecins associés et des locataires risquent de favoriser un développement anarchique des services de médecine familiale, d'accentuer certaines pénuries et de limiter l'accessibilité à certains services. Il devient urgent que les omnipraticiens des cabinets privés réaffirment leur rôle de médecins de famille et continue d'assurer à leur clientèle et à la population environnante l'accessibilité à des services complets et de qualité »

Le Médecin du Québec, vol. 34, no. 11, novembre 1999, p.89.

3.4 Le développement des pharmacies

Le modèle d'affaires dont il est fait état dans ce rapport ne peut se comprendre sans bien saisir l'évolution de l'industrie de la vente au détail des produits pharmaceutiques et autres, communément appelée les pharmacies. Une précision s'impose au départ, distinguer les divers types de pharmacies au Canada. Selon le *Rapport sur les tendances en pharmacie* (Rogers Media, 2003, 2002), on retrouve cinq grands groupes de pharmacies au pays : les pharmacies indépendantes, les bannières, les franchises, les chaînes et les pharmacies de supermarchés et de grands magasins (« supermarchés/grands magasins »). Une pharmacie indépendante n'est affiliée à aucune bannière commerciale, à aucune franchise commerciale, ni à aucun programme de chaîne. Son propriétaire peut posséder plus d'une pharmacie, mais généralement moins de cinq pour être toujours considéré comme indépendant. Une bannière regroupe plusieurs pharmacies indépendantes affiliées à un même bureau central; c'est le cas d'Uniprix, I.D.A, Guardian et Pharmasave. Jean Coutu et Shoppers Drug Mart/Pharmaprix sont des exemples de pharmacies franchisées; ce sont les plus grosses franchises au Canada. Une chaîne de pharmacies regroupe au moins cinq

pharmacies appartenant généralement à un propriétaire ou à un bureau central qui emploie des gérants salariés; Pharma Plus et Lawtons en sont des exemples. Les pharmacies de supermarché et de grands magasins sont effectivement des rayons de ces supermarchés et magasins; *Zellers*, *Canadian Safeway*, *Loblaws* et *Wal-Mart* en sont des exemples. Le tableau 1 donne un bon aperçu des tendances récentes dans le développement des pharmacies selon leur statut.

Tableau 1

Croissance des pharmacies par secteur de commerce au Canada 1995-2003

	<i>Grandes surfaces</i>	<i>Indépendants</i>	<i>Chaînes/Bannières</i>	<i>Total</i>
1995	544	2 069	3 914	6 527
1997	737	2 046	3 801	6 584
1999	993	2 062	3 863	6 918
2001	1 186	1 782	4 176	7 144
2002	1 287	1 718	4 291	7 296
2003	1 395	1 616	4 447	7 458

Source: IMS Health.

Sur le terrain, on le devine, la concurrence est féroce et elle passe par un jeu constant d'acquisition et d'intégration, un mouvement particulièrement accéléré depuis quelques années, ce qui modifie considérablement le portrait. La présence des grandes surfaces est détonante. Ainsi, selon l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires (AQPP), en 2004 au Québec, Wal-Mart possède 42 pharmacies, Zellers en exploite 16 et Loblaws, 37. Même Sobeys-IGA a trois pharmacies, sans oublier Métro, dont le nombre de Brunet/Cliniplus atteint 177.

Par ailleurs, Pharmaprix, l'enseigne québécoise du groupe torontois *Shoppers Drug Mart*, veut prendre de l'expansion au Québec en ouvrant de nouvelles pharmacies et en achetant les pharmaciens indépendants. *Shoppers Drug Mart* est le leader canadien dans les pharmacies franchisées. Dans un marché québécois dominé par le Groupe PJC (40% du marché des pharmacies au Québec), *Shoppers* (via sa franchise québécoise Pharmaprix) occupe environ 9% du marché, traînant de la patte derrière les bannières locales comme Uniprix et Familiprix. Le Québec, deuxième province la plus peuplée, semble plaire à *Shoppers Drug Mart* parce que c'est la province où les pharmacies exécutent le plus d'ordonnances au Canada. La compagnie détenait environ

88 Pharmaprix en décembre 2004, une augmentation de 17.3% par rapport à décembre 2002 alors qu'il y avait 75 Pharmaprix au Québec (C.f. : ACNielsen, www.acnielsen.ca). Le tableau 2 donne un aperçu du poids des différents joueurs.

Tableau 2

Nombre de pharmacies par bannière au Québec, 2004

<i>Compagnie/Bannière</i>	<i>Nombre de pharmacies au Québec</i>
Jean Coutu	321
Essaim-Obonsoins-Accès Santé	309
Familiprix	240
Uniprix/Unipharm/Uniclinique	239
Brunet/Clini Plus (Métro)	177
Pharmaprix (Shoppers Drug Mart)	91
Wal-Mart	42
Loblaw	37
Zellers	16
Sobeys-IGA	3

Sources : Cloutier, 2004; Sites Web des compagnies; Uniprix dans son cas.

Dans ce contexte, on ne sera pas étonné de savoir que c'est au Québec que la concentration relative est la plus forte au pays. Les cinq plus grandes pharmacies ont augmenté leur part de marché au Québec entre 2002 et 2003 de 72 à 74% (Rogers Media, 2004, 2003, 2002). C'est aussi au Québec que la croissance du chiffre d'affaires des plus grandes bannières est la plus marquée et on parle même d'une plus grande rentabilité des pharmacies (Rogers Media, 2003, 2002). À part dans la région de l'Atlantique, tel qu'exposé dans le tableau 3, les cinq principales bannières au Canada ont vu leur part de marché en termes de livraisons d'ordonnances diminuer entre 2002 et 2003. Enfin, on note la montée significative des bannières Loblaw/Real Canadian Superstore et Uniprix/Unipharm/UniClinique à l'échelle canadienne (voir tableau 3 ci-après).

Tableau 3

**Cinq principales bannières à travers le Canada
d'après les livraisons de produits d'ordonnance (2002-2003)**

	Cinq principales compagnies/bannières (par ordre alphabétique)		Part du chiffre d'affaires total d'après les livraisons de produits d'ordonnance	
	2003	2002	2003	2002
Québec	Essaim Famili-Prix Jean Coutu Pharmaprix/Shoppers Drug Mart Uniprix/UniClinique	Essaim Famili-Prix Jean Coutu Pharmaprix/Shoppers Drug Mart Uniprix/UniClinique	74%	72%
Ontario	Guardian I.D.A Loblaw/Real Canadian Superstore Pharma Plus Shoppers Drug Mart/Pharmaprix	Guardian I.D.A Loblaw/Real Canadian Superstore Pharma Plus Shoppers Drug Mart/Pharmaprix	56%	57%
Colombie- Britannique	Canada Safeway London Drugs Overwaitea/Save-On (Foods & Drugs) Pharmasave Shoppers Drug Mart/Pharmaprix	Canada Safeway London Drugs Overwaitea/Save-On (Foods & Drugs) Pharmasave Shoppers Drug Mart/Pharmaprix	57%	61%
Prairies	Canada Safeway I.D.A Loblaw/Real Canadian Superstore Pharmasave Shoppers Drug Mart/Pharmaprix	Canada Safeway I.D.A Loblaw/Real Canadian Superstore Price Watchers Shoppers Drug Mart/Pharmaprix	40%	47%
Atlantic	Guardian Lawtons Loblaw/Real Canadian Superstore Pharmasave Shoppers Drug Mart/Pharmaprix	Guardian Lawtons Loblaw/Real Canadian Superstore Pharmasave Shoppers Drug Mart/Pharmaprix	69%	68%
CANADA	I.D.A Jean Coutu Loblaw/Real Canadian Superstore Shoppers Drug Mart/Pharmaprix Uniprix/Unipharm/UniClinique	I.D.A Jean Coutu Pharmasave Shoppers Mart/Pharmaprix	40%	39%

Source : Rogers Media, 2003, 2002.

Pourquoi le Québec est-il un marché propice au développement des pharmacies et des cliniques médicales? C'est la province où on prescrit le plus d'ordonnances au Canada. En effet, selon les données de l'Intercontinental Marketing Services (IMS Health), en 2004 et tel que rapporté au tableau 4, les ordonnances exécutées par personne au Québec sont en moyenne de 19⁴ (la moyenne canadienne est de 12 ordonnances par personne à un prix de détail moyen de 45,44 \$ par ordonnance, incluant les nouvelles ordonnances et les renouvellements). Les provinces qui se rapprochent le plus du Québec sont, de loin, le Manitoba, l'Île-du-Prince-Édouard et Terre-Neuve/Labrador avec 12 ordonnances par personne en moyenne. Il y a en moyenne 10 ordonnances par personne exécutées en Ontario, la province la plus peuplée. Les ordonnances exécutées au Québec ont la particularité d'être de moins longue durée comparée aux autres provinces canadiennes (IMS Health Canada : www.imshealthcanada.com). Selon l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS, 2004b), la catégorie des médicaments se classe au deuxième rang derrière celle des hôpitaux en ce qui a trait à sa part des dépenses totales de santé. En 1997, les dépenses en médicaments ont surclassé les dépenses liées aux services médicaux. La part des dépenses totales pour les médicaments est passée de 8,4% à la fin des années 1970 à 16,1% en 2002. En 2004, on prévoyait que les médicaments resteront en deuxième position avec une part de 16,7%⁵.

⁴ Selon l'ICIS (2004c), en 2001, la part représentée par les médicaments prescrits dans les dépenses totales en médicaments variait de 75,8 % en Colombie-Britannique à 84,6 % au Québec.

⁵ Selon l'ICIS (ICIS, 2004b), le total des dépenses de santé au Canada s'est élevé à 114 milliards de dollars en 2002. On évaluait les dépenses de santé à 123 milliards de dollars en 2003 et à 130 milliards de dollars en 2004, une hausse de 7,9 % et 5,9 %, respectivement.

Tableau 4

**Ordonnances exécutées par des pharmacies de détail, par personne,
par province (*), en 2004**

	Ordonnances exécutées par des pharmacies de détail, par personne, en 2004
CANADA	12
Québec (**)	19
Î-P-E/Terre Neuve/Labrador	12
Manitoba	12
Nouvelle-Écosse	11
Nouveau-Brunswick	11
Ontario	10
Saskatchewan	10
Alberta	9
Colombie-Britannique	9

(*) Chiffres de la population fondés sur les estimations du 1^{er} octobre 2004 de Statistique Canada.

(**) Au Québec, les ordonnances sont habituellement pour une moins longue durée que dans le reste du Canada; conséquemment, le nombre d'ordonnances exécutées est généralement plus élevé.

Source : IMS Health Canada.

Le volume annuel moyen d'ordonnances est en constante augmentation au Québec et au Canada soit autour de 10%. Les pharmacies indépendantes et les franchises continuent d'afficher les plus hauts volumes d'ordonnances. Par contre, le volume moyen enregistré par les pharmacies de supermarchés et de grands magasins, a dépassé pour la première fois celui des pharmacies indépendantes en 2002. Il faut aussi noter que près d'une pharmacie de supermarché ou de grand magasin sur trois (30 %) a accusé un déficit en 2001 (Rogers Media, 2002). C'est pourquoi, bien que l'on puisse en conclure que les magasins les mieux établis enregistrent une croissance de leurs bénéfices et de leurs volumes d'ordonnances, bon nombre de ces pharmacies continuent à lutter pour se faire une réputation; d'où la concurrence féroce des supermarchés/magasins qui sont prêts à investir beaucoup d'argent pour s'accaparer des parts de marché.

La concurrence entre les bannières se fait aussi au niveau de la chaîne d'approvisionnement en produits pour la pharmacie puisque les compagnies veulent contrôler toute la chaîne des valeurs allant du producteur des médicaments au consommateur final en passant par le prescripteur d'ordonnance (le médecin dans la

clinique médicale) et l'exécuteur de l'ordonnance (la pharmacie). L'enquête du *Pharmacy Post* auprès des pharmaciens et des gérants de pharmacie montre que le nombre de livraisons de produits d'ordonnance faites directement par le fabricant ne cesse de baisser depuis quelques années. En effet, alors que les commandes directes représentaient 27 % des livraisons en 1999, elles n'en représentent plus que 14 % en 2003. Dans le domaine des produits du secteur magasin, où les grossistes ont toujours été dominants, à peine 15 % des produits sont commandés directement, un chiffre qui demeure stable depuis quelques années. Quant aux médicaments en vente libre (MVL), il est rare que les pharmacies en commandent directement des fournisseurs; en fait, seulement 8 % d'entre elles le font (Rogers Media, 2003).

Comme on peut s'y attendre, les distributeurs (ou grossistes) dominent le marché de plus en plus : leur part s'élève maintenant à 71 % des produits d'ordonnance (contre 56 % en 1999), 75 % des MVL et 63 % des produits du secteur magasin. Les grandes chaînes de supermarchés/magasins (ex. Loblaw, Wal-Mart, Zellers, etc.) ont l'avantage d'avoir leurs propres entrepôts et centres de distribution. Dans le secteur des pharmacies, les pharmacies de franchises comme Shoppers Drug Mart et Jean Coutu vont à l'encontre de la tendance, car elles possèdent leurs propres entrepôts et centres de distribution. Les franchises obtiennent ainsi 71 % de leurs produits d'ordonnance, 72 % de leurs MVL et 69 % de leurs produits du secteur magasin de leurs centres de distribution exclusifs. Les chaînes sont également plus susceptibles de se procurer leurs produits d'un centre de distribution; c'est d'ailleurs ce que fait un tiers d'entre elles (29 %) pour commander des produits d'ordonnance (Rogers Media, 2003).

Le concept de marché de destination (*One Stop Shop*) suit définitivement les tendances des canadiens et québécois face au magasinage et les compagnies qui utilisent ce modèle souhaitent maximiser le volume de ventes et par ricochet leurs profits. En intégrant pharmacie, épicerie/supermarché et clinique médicale, une compagnie peut s'assurer d'attirer le plus possible de clients qui achèteront les produits et services qu'elle vend. Une concurrence acharnée s'est donc établie entre les supermarchés/magasins et les pharmacies alors que la croissance du volume l'emporte sur la croissance du chiffre d'affaires pour certains produits courants (ex. les produits de soins personnels et les produits gestion du poids). L'augmentation du volume des visites des clients dans les aires de magasinage des compagnies devient un élément-clé

du positionnement stratégique sur le marché; visites qui se répercutent sur le volume des ventes et le chiffre d'affaires. Comme en témoigne les données du Rapport sur les tendances en pharmacie de 2003 (Roger Media, 2003), les consommateurs canadiens vont à la pharmacie 19 fois par année, soit une fois tous les 19 jours environ et dépensent en moyenne 15,62 \$ pour des articles figurant sur la liste du service Drug Watch (tel que défini par ACNielsen), ce qui, au total, représente environ 300\$ par année. En comparaison, les Canadiens se rendent au supermarché 59 fois par année, soit une fois tous les 6 jours, et dépensent en moyenne à chaque visite 11,65 \$ pour des articles figurant sur la liste du service Drug Watch, une dépense totale de près de 700 \$ par année. Ce qu'il y a de plus important encore, c'est que les acheteurs qui fréquentent les grands magasins comme Wal-Mart dépensent actuellement 16,25 \$ pour des articles du service Drug Watch, un montant supérieur à la moyenne des achats effectués en pharmacie et à la dépense moyenne de 14,67 \$ obtenue il y a un an. On s'imaginera alors qu'en ajoutant les visites en clinique médicale, les compagnies arriveraient à augmenter le nombre de visites dans leurs aires de magasinage.

3.5 La sollicitation de médecins pour les associer au modèle d'affaires

Quelles sont les pratiques d'affaires des promoteurs de la combinaison pharmacie et clinique médicale? L'élément clé de ces pratiques est bien entendu la capacité d'attirer et de retenir des médecins, faut-il le rappeler, dans un contexte d'importante pénurie des effectifs, ce qui implique d'avoir une offre très alléchante. La réponse sur les pratiques n'est pas universelle, elle est à la pièce selon les organisations. De ce que l'on sait de la stratégie de Loblaw, c'est que l'on mandate une firme spécialisée pour le recrutement, *Primacy Management*, et une autre, *Healthscreen Solutions*, comme c'est notamment le cas en Ontario, a la responsabilité de la gestion de la clinique et de l'environnement technologique.

Dans le cas du groupe PJC, ce sont les ressources internes de cette organisation qui pilotent le dossier. On a vu que le groupe développe deux modèles de proximité pharmacie-clinique, la clinique médicale propriété de médecins ou la clinique propriété du groupe. Outre ce qui est mentionné ailleurs dans ce rapport, plusieurs cartes semblent jouées pour attirer des médecins :

- **Le concept clé en main** : En quelques mots, en louant des espaces de bureau et de consultation, on offre aux médecins de se concentrer uniquement sur la pratique médicale en étant soulagé des questions d'intendance telle la gestion du personnel, l'administration, etc.
- **Accès aux ressources technologiques** : Bien qu'il soit difficile de documenter cette dimension, des indices laissent à penser qu'il s'agit d'une importante valeur ajoutée. Par exemple, on mettra à contribution le réseau informatique et certains logiciels ayant déjà des applications pour les opérations des pharmacies⁶. Les ressources financières considérables du groupe PJC suggèrent également que cette organisation peut aisément investir dans du nouvel équipement à la fine pointe de la technologie susceptible de faciliter la pratique du médecin.
- **Pool de professionnels** : Par définition, les cliniques médicales regroupent plus d'un médecin. En outre, comme on l'observe avec celles de récentes moutures tel le cas de la clinique Beaumont ouverte à Montréal par le groupe PJC, elles peuvent aussi en associer d'autres professionnels de la santé donc favoriser une certaine synergie.

Comment se concrétise le recrutement de médecins? Bien sur, on sait que c'est par un bail mais encore? L'information à ce sujet est limitée et litigieuse. Elle repose pour l'essentielle sur le contenu de la requête déposée par les docteurs Poulin et Perron.

Il y a deux dimensions :

- L'allégation de bonus à la signature et
- Les clauses du bail

Pour commenter ces dispositions, l'avis d'un spécialiste en immobilier a été sollicité. Dans le cas de l'allégation de bonus à la signature du bail, sans se prononcer sur le

⁶ Par exemple, au Québec, le prescripteur du projet SI-RIL, accessible dans la clinique virtuelle médicale Omnimed, offre un dépôt central des ordonnances sur le plan régional, et permet aux médecins et aux pharmaciens d'être interconnecté pour faire de la prescription *on line* (L'actualité médicale, 16 mars 2005).

montant spécifique dont il est fait mention dans la requête, soit 500K\$, on indique que ce n'est pas une pratique exceptionnelle tant dans le milieu commercial que résidentiel. Cependant, les modalités peuvent différer. Ainsi dans le milieu résidentiel, question d'attirer des locataires tout en conservant la valeur du loyer, on voit à l'occasion des propriétaires offrir un ou quelques mois gratuits. En ce qui a trait au bail, selon les extraits cités dans la requête, en termes généraux, selon la personne consultée, il s'agirait là d'un bail standard mais « d'un grand propriétaire qui se protège ». L'appréciation du coût du loyer est bien entendu fonction d'une série de variables dont le comparatif sur le territoire ou le marché donné. Le bail protège très bien les droits du propriétaire mais, en plus, les clauses relatives à l'exclusivité sur le territoire – celles stipulant que le signataire ne pourra, en dehors de son association avec PJC, pratiquer sur un territoire donné pour plusieurs années -- confère littéralement un monopole au propriétaire. Ces dispositions sont donc très avantageuses pour PJC, trop même de l'avis de la personne-ressource sollicitée.

Il n'y a pas de données précises sur le nombre de médecins qui ont répondu favorablement aux sirènes du groupe PJC. Ceci dit, le croisement de deux sources laisse à penser qu'il s'agit de plusieurs centaines, voir plus de 1000 : Le nombre de cliniques en propriété directe ou à proximité de pharmacies du groupe PJC, soit plus de 80 cliniques et une intervention à l'Assemblée Nationale du Québec en octobre 2004, de la porte-parole de l'opposition officielle en matière de santé, la députée Louise Harel qui évoque le chiffre de 1000 médecins (Dutrisac, 2004).

On le devine, la présence du groupe PJC dans cet univers ne va pas sans bousculer les cliniques existantes. Dans leur requête, les docteurs Poulin et Perron évoquent au moins une dizaine de cas de cliniques, qui, selon leurs allégations, auraient eu à composer avec, ce qu'ils qualifient de concurrence déloyale.

3.6 Les approches stratégiques de développement : une grille de compréhension

Les approches stratégiques de développement des organisations ont connu, au fil des décennies, des transformations multiples en grande part liées à la nature du rapport de pouvoir entre l'entreprise et son client, ou plus précisément, entre l'offre et la demande.

On s'entend aujourd'hui pour dire que, dans la plupart des secteurs, la demande surpasse l'offre, et que de ce fait le rapport de pouvoir est de plus en plus en faveur du client; les marchés seraient devenus des marchés d'acheteurs (Labrecque et Lesceux, 2001). De plus, cet excédent de l'offre sur la demande n'est pas sans créer des problèmes de croissance pour les organisations, du reste de plus en plus poussées sur cette voie par les modèles d'actionnariat public.

Ce renversement de pouvoir a des conséquences majeures sur les orientations fondamentales de l'organisation, qui se traduisent en retour par des choix stratégiques de croissance s'exerçant sur des bases différentes de ce qui a marqué les décennies antérieures. En effet, vue de façon globale, l'esprit des modèles de croissance est passé, au cours des dernières années, d'une approche centrée sur les produits (*product-oriented*) à une approche axée sur les clients (*market-oriented*). Ce changement d'orientation générale des axes de développement se traduit par une plus grande propension des organisations à développer des produits, services et activités visant à mieux desservir leur clientèle actuelle au détriment d'une approche visant à exploiter leurs compétences techniques en vue du développement de nouveaux produits et ce, sans égard à la clientèle visée, actuelle ou potentielle. Les secteurs à maturité, telle la grande distribution sont particulièrement traversés par cette nouvelle approche axée sur le client, d'autant que le pouvoir de ce dernier y est accru depuis que ces entreprises font face à une concurrence en provenance du commerce électronique dont le principal effet est de conférer encore davantage de pouvoir à une clientèle mieux informée (Porter, 2001).

Plus qu'une simple formulation, ce nouveau paradigme de gestion a des conséquences qui traversent l'ensemble des activités, des pratiques, des structures et bien évidemment des stratégies des organisations (Lejeune et Ricard, 2001). Sur le plan stratégique, les études tendent à démontrer que, dans un contexte de maturité de la demande, il est plus avantageux, économiquement, d'axer la croissance de l'organisation sur le développement d'une offre élargie (« panier de produits/service ») à sa clientèle actuelle que de tenter de développer de nouveaux clients via par exemple une expansion géographique à partir des activités actuelles. Les coûts d'acquisition de nouveaux clients seraient aujourd'hui supérieurs aux coûts de développement de nouvelles activités venant compléter une partie des besoins de la clientèle actuelle

(Arrègle, 1996). La logique de l'argumentation repose sur le fait que la concurrence très intense que se livrent les entreprises sur les parts de marché dans le contexte de saturation de la demande rend extrêmement coûteuse l'acquisition de chaque part de marché supplémentaire.

Stratégiquement, cette approche visant à encercler le client actuel avec une offre élargie conduit inexorablement l'organisation sur la voie de la diversification, voie fortement décriée aujourd'hui par les spécialistes. On se rappellera que la voie de la diversification a conduit à la catastrophe bien des organisations, notamment québécoises, au cours des années 1980. On a ici qu'à penser à la diversification de certaines des chaînes de supermarchés québécoises dans les activités de restauration, de distribution d'équipements et de vêtements de sport et même dans l'exploitation de chaînes de pharmacies. Il faut dire également que les nouvelles opportunités de croissance qui se présentaient, à partir du milieu des années 1980, avec la plus grande facilité de pénétration des marchés étrangers et le développement des technologies de communication ne contribuaient qu'à précipiter le déclin du modèle de la diversification. L'avenir passait dorénavant par le développement de la clientèle, mais d'une clientèle géographiquement, et sans doute également culturellement, diversifiée. Les stratégies d'internationalisation qui se développaient constituaient alors une opportunité d'exploiter sur de nouveaux marchés géographiques un modèle d'affaires ayant fait ses preuves, dont la mécanique était bien huilée.

Or, cette approche de croissance, perçue comme rapide par de nombreuses organisations, s'est avérée plus difficile pour d'autres et en particulier pour la grande distribution. La disponibilité des technologies de communication et des infrastructures de transport, les différences culturelles dans la façon de consommer les biens de consommation courante ne constituent en effet que quelques unes des différences qui ont rendu coûteux le transfert direct des modèles d'affaires à l'étranger. Les coûts d'adaptation des modèles aux marchés locaux ont rendu cet axe de développement moins rentable et plus complexe que prévu, minant du fait leur rentabilité, du moins à court terme.

De ces incursions aux résultats parfois malheureux dans des activités connexes et internationales, les organisations ont appris que, dans un secteur à maturité, la voie de

la croissance passe nécessairement par une perspective de long terme. On avait faussement cru, encouragés en cela par les pressions des actionnaires, que ces deux axes de croissance pouvaient constituer des voies rapides permettant de transgresser les lois économiques.

Des déboires de nombreuses de ces entreprises qui ont pris la voie de la diversification ou de l'expansion géographique rapide, on a retenu quelques leçons. D'une part, ce n'est pas tant la diversification des activités qui constitue en soi un facteur d'échec, mais bien plus la base, la nature de la synergie recherchée. Des expériences d'internationalisation, on a réalisé qu'une des synergies importante est celle de la réputation, de l'image de l'organisation ou de son produit. Si plusieurs entreprises n'ont pas su rentabiliser aussi rapidement que prévu leurs investissements à l'étranger, c'est qu'elles ont sous-estimé l'importance de leur réputation dans leur réussite sur leur marché local, réputation qui devait être reconstruite à partir de zéro sur les nouveaux marchés convoités.

La saturation des marchés combinée à l'expérience acquise par les entreprises au cours des années sont à l'origine d'un tout nouveau paradigme stratégique, celui de l'approche des ressources, qui fait écho à l'approche centrée sur la clientèle, en marketing. En effet, la logique de croissance des organisations est passée d'un impératif de conquête de parts de marchés via un positionnement concurrentiel dominant, à un paradigme visant à exploiter ses compétences les plus distinctives et ses actifs uniques, en somme ses avantages concurrentiels soutenables, c'est-à-dire les plus durables et difficilement copiables par la concurrence actuelle ou potentielle.

Or, dans des secteurs où la demande est à maturité, ce sont moins les compétences en développement de nouveaux produits (concepts) qui constituent la base d'un avantage concurrentiel durable que les actifs basés sur la réputation, de l'entreprise ou du produit (marque), acquise par des années d'efforts (Labrecque et Lesceux, 2001). D'ailleurs une étude réalisée aux Etats-Unis (Aaker, 1989) révélait que dans le secteur des services, la réputation de qualité et la connaissance du nom de l'entreprise constituaient des avantages concurrentiels tout autant soutenables que les faibles coûts de production, et même davantage soutenables que les parts de marché. Dans bien des secteurs les choix d'acquisitions d'entreprises existantes se font non plus sur la base de la valeur des

actifs tangibles, mais bien davantage des actifs intangibles, et en particulier de la force relative des marques développées par les candidats à l'acquisition. En marketing, on reconnaît d'ailleurs maintenant que l'amélioration de la qualité des produits ou de la satisfaction des clients ne suffit plus à maintenir la compétitivité des entreprises. Celle-ci doit passer par une nouvelle étape dans leur recherche d'avantages concurrentiels. La parfaite maîtrise de la création et du transfert de la valeur au client se situe désormais au cœur du développement de toute stratégie marketing (Jokung-Nguéna et al., 2001).

La logique de déploiement stratégique qui s'en suit consiste alors à exploiter la connaissance profonde acquise de la clientèle autour de laquelle la marque constitue un actif distinctif pour enrichir l'offre auprès de celle-ci. Cette stratégie offre plusieurs avantages et s'inscrit dans un cercle vertueux. Il permet de construire le futur plus économiquement, sur un actif développé à coup d'efforts antérieurs importants. De même, parce qu'il est unique, il constitue une force de prévention de la concurrence. Enfin, parce que l'offre est bien adaptée à ses besoins actuels et futurs, l'organisation crée une valeur significative pour le client, ce qui permet d'en accroître la fidélité et du coup de renforcer la réputation de l'organisation. Ainsi, contrairement à l'actif matériel qui tend à la désuétude au fil de son usage, non seulement l'actif intangible que constitue la réputation ne devient désuet avec le temps, mais au contraire son usage, son exploitation tend à le bonifier.

3.6.1 Le cas du groupe PJC dans le secteur des cliniques médicales : un modèle de croissance basé sur la réputation

Le développement stratégique du groupe PJC au cours des années constitue un exemple probant du passage d'une stratégie basée sur la recherche d'un positionnement concurrentiel à une stratégie axée sur le client et visant à exploiter son avantage concurrentiel le plus soutenable, à savoir son image d'entreprise. En effet, depuis plusieurs années maintenant, les sondages indiquent que le groupe PJC est l'entreprise la plus admirée par les Québécois. Parallèlement, son marché traditionnel local est totalement saturé et même menacé par l'entrée de grands joueurs américains du secteur de la distribution de produits de consommation. D'autre part, bien qu'elle connaisse un certain succès dans sa stratégie d'internationalisation vers le marché

américain, il n'en demeure pas moins que cette percée a été plus longue que ce qui avait été initialement prévu. L'adaptation nécessaire du modèle développé au Québec, la difficulté à générer des synergies d'approvisionnement, activité clé d'une entreprise dont le métier est la distribution, des différences réglementaires importantes, etc. ont engendré des délais, des coûts de développement et des résultats inférieurs aux prévisions. La croissance rentable du groupe PJC aux Etats-Unis s'avèrera plus longue que prévue, d'autant que le groupe ne peut y exploiter son actif le plus distinctif au Québec, soit sa réputation.

En effet, la réputation favorable dont bénéficie le groupe PJC sur son marché géographique naturel s'inscrit dans un processus cohérent de développement de ses activités basé sur le segment de clientèle qu'il a ciblé dès ses débuts.

Le modèle d'affaires du groupe PJC s'est à l'origine appuyé sur une approche transformationnelle, fortement pro-active. Bien qu'aujourd'hui, ce modèle ait été copié par d'autres acteurs, il n'en demeure pas moins, qu'à son échelle, son introduction a, en son temps, été tout autant révolutionnaire que celui développé par Sam Walton, avec le concept de distribution de masse qu'est Wal-Mart.

Jean Coutu a été le premier à importer le modèle du magasin populaire combinant une offre de produits de santé (métier traditionnel du pharmacien) à des produits de consommation courante du type de ceux offerts par les magasins à rabais qu'on appelait à l'époque, les « quinze cents ». Cette combinaison gagnante lui permettait d'abaisser significativement ses coûts et de procéder rapidement à un développement succursaliste, ce qui constituait une autre innovation majeure dans ce métier, innovation d'ailleurs fortement décriée à l'époque par ses confrères de la profession. Ce modèle lui permettait d'introduire plusieurs pratiques des magasins à escomptes populaires que sont en outre les promotions, le merchandising (*merchandising*), etc. Jean Coutu entrait ainsi dans l'univers du commerce de détail.

Ce faisant, il se positionnait également auprès d'un segment de clientèle jusque-là mal desservie, ou du moins mal accueillie par la profession, soit la clientèle populaire, des quartiers moins favorisés. Par son approche, il démystifiait la toute puissance du pharmacien, et plus largement même des professions médicales. Jean Coutu avait lui-

même abandonné des études en médecine parce qu'il ne partageait pas certains principes élitistes de la profession (Filion, 1991). Son concept de pharmacie à escompte s'inscrivait dans cette préoccupation visant à remettre les professions médicales au service des gens, et non l'inverse. C'est ainsi qu'au fil des années et des décennies, Jean Coutu, par son offre de produits/services de même que par ses campagnes marketing a entretenu cette image de proximité basée sur la confiance dans une entreprise familiale au service de tous.

Un contexte de saturation du marché québécois pour les activités traditionnelles du groupe PJC, une croissance rentable à court terme sur le marché américain qui est problématique et enfin, la présence de l'avantage concurrentiel soutenable que constitue la réputation du groupe PJC auprès de la population québécoise, constituent autant de raisons permettant d'expliquer l'enrichissement récent du modèle d'affaires de ce groupe d'une nouvelle activité, l'exploitation de cliniques médicales.

On pourrait même avancer que cet axe de développement est en quelque sorte inscrit dans le code génétique du groupe. En effet, en développant ses cliniques médicales, le groupe contourne, comme il l'avait fait auparavant avec les pharmaciens, le pouvoir de la profession médicale, ou du moins la soumet à son modèle. Or, on pourrait imaginer que la forte réputation populiste dont bénéficie le groupe PJC est totalement cohérente avec un modèle de clinique médicale qui serait positionné comme étant plus accessible car de proximité, physique et peut-être même idéologique, s'opposant à la clinique privée, même si elle en est une. En somme, les synergies de réputation sont potentiellement très grande entre les deux activités (pharmacie et clinique médicale).

Pour ces raisons, on peut croire que la stratégie de pénétration du monde médical via l'exploitation de cliniques médicales par le groupe PJC est sérieuse et s'inscrit dans une tendance stratégique pour l'organisation, c'est-à-dire à long terme. Qui plus est, au-delà de l'exploitation de pharmacies, le groupe est un grossiste auprès des pharmacies. Au fil des années, il a acquis une maîtrise totale de l'activité, ayant développé les compétences en logistique ainsi que possédant les technologies essentielles à une telle activité. Au-delà de la synergie de marque recherchée dans le développement de l'axe des cliniques médicales, on pourrait très bien s'attendre à voir le groupe PJC étirer également ses compétences dans l'activité grossiste en pénétrant le marché de la

distribution de fournitures médicales, voire même d'équipements médicaux légers afin de réaliser des économies d'approvisionnement de ses cliniques médicales. Enfin, ce groupe a acquis une solide expertise en gestion immobilière. Fait peu connu, le groupe comme la majorité des chaînes et des bannières est généralement propriétaire des locaux et la location ou sous-location de ces locaux par les pharmaciens est souvent conditionnelle à un contrat d'affiliation (Ordre des pharmaciens, 2003).

4. Potentiel et limite d'implantation du modèle d'affaires

Quel est le potentiel d'implantation à moyen et à long terme de modèle d'affaires « grandes surfaces » au Québec selon la perception des médecins, de leurs représentants et des ordres professionnels et quels en seront les impacts? C'est l'objet de cette quatrième partie.

4.1 Perception et analyse du phénomène par les médecins et leurs représentants

Tous les médecins interviewés incluant trois médecins associés au groupe PJC ont affirmé ne voir aucun risque de conflits d'intérêts dans la proximité physique médecins pharmaciens et dans les relations commerciales centrées sur de l'espace locatif⁷. Bien que tout cela puisse paraître nouveau pour le grand public, ils soulignent que ces relations commerciales existent depuis fort longtemps. Historiquement, les pharmacies étaient locataires des médecins propriétaires des immeubles accueillant leurs cliniques médicales. De l'avis de plusieurs, cette source de revenus fixes, a d'ailleurs été une source de revenus stables qui leur a permis de traverser les périodes difficiles, comme le départ de l'un des associés du groupe par exemple. Plusieurs ont affirmé, quoique résignés, que maintenant la relation s'inverse; les médecins deviennent locataires des pharmaciens, car les revenus des médecins n'ont pas suivi ceux des pharmaciens.

De plus, selon eux, les pharmaciens sont des partenaires naturels au même titre où le sont les autres professionnels de la santé. Le fait, qu'une pharmacie soit à proximité

⁷ Fait intéressant à souligner, au moment des entrevues, la plupart des médecins associaient le déploiement de ce modèle d'affaire à des activités locatives uniquement, très peu avaient entendu parler des concepts « clés en main » qui impliquent des activités de gestion de clinique.

facilite la vie des patients, au même titre que tous les autres services offerts dans certains cliniques, tels les services de radiologie, de physiothérapie, de nutrition, etc. Les médecins disent ne jamais suggérer une pharmacie en particulier. D'aucune manière selon eux le pharmacien dans un local adjacent à leur clinique pourrait les inciter à prescrire davantage et à développer une médecine plus curative. Tous les médecins interviewés à cet effet, ont systématiquement rejeté cette éventualité. Ils rappellent et défendent leur indépendance professionnelle. De plus, selon eux, les articles du code de déontologie sont très clairs à ce sujet⁸ et c'est justement le rôle du CMQ et des autres ordres professionnels de protéger le public et la profession contre les pratiques qui entraînent des conflits d'intérêts. Certains médecins ont souligné que la pression est drôlement plus forte du côté des compagnies pharmaceutiques qui déploient tout un arsenal pour convaincre les médecins de prescrire leurs médicaments. À cet égard, le code de déontologie est très clair et est selon eux, efficace. La relation entre les médecins et les pharmaceutiques a d'ailleurs des incidences fort positives sur le développement des connaissances et la formation médicale continue.⁹ Il revient donc au CMQ de s'assurer que tous ses membres s'y conforment.

Quelle est leur analyse de la situation impliquant les médecins qui poursuivent le groupe Jean Coutu et le CMQ? Selon eux, si des médecins ont signé des contrats qui les lient mains et poings au groupe PJC, c'est qu'ils n'ont pas consulté leur avocat pour s'assurer que tout était conforme. Par ailleurs, plusieurs ont cependant dit comprendre la situation difficile dans laquelle se retrouvaient ces médecins désormais « incapables » de recruter de nouveaux médecins pour leurs cliniques, car selon eux, il est à tout fait impossible de lutter contre ces grands groupes. La plupart des médecins interviewés, ont cependant présenté peu d'intérêt pour la poursuite intentée par les deux médecins contre le groupe PJC et le CMQ. Seulement l'un d'entre eux, a mentionné que cette poursuite permettra sans doute de modifier ou d'ajouter certains articles au code de déontologie des médecins.

⁸ L'article 73 du Code de déontologie des médecins prévoit que « le médecin doit s'abstenir : 1*de rechercher ou d'obtenir indûment un profit par l'ordonnance d'appareils, d'examen, de médicaments, ou de traitements; 2*d'accorder, dans l'exercice de sa profession, tout avantage, commission ou ristourne à quelque personne que ce soit ; 3*d'accepter à titre de médecins, toute commission, ristourne ou avantage matériel mettant en péril son indépendance professionnelle. »

⁹ La FMOQ va exactement dans le même sens. Le Médecin du Québec, Vol. 40, no. 2, février 2005.

Comment perçoivent-ils la possibilité que les grands groupes de pharmacies et les supermarchés deviennent à plus ou moins long terme des acteurs incontournables des soins de première ligne au Québec? Pour la plupart, il s'agit d'un enjeu qu'ils n'ont pas envisagé mais qui néanmoins, ont-ils admis, mérite réflexion. Ainsi, les entrevues auprès de ce groupe restreint de médecins, ont permis de constater qu'en général, ils n'ont aucune crainte quant aux conflits d'intérêts qui pourraient émaner des relations commerciales médecins/pharmaciens, ils s'en remettent à leur code de déontologie pour assurer la protection du public et de leur profession. Ils interprètent essentiellement l'intérêt de certains médecins pour les offres de PJC et autres comme étant pour certains comme une solution pour réduire leurs frais d'exploitation.

Qu'en est-il de la position des représentants des médecins?

À l'automne 2004, la FMOQ, la FMSQ et la FMRQ ont fait une sortie commune pour dénoncer les allusions répétées dans les médias au manque d'intégrité professionnelle des médecins dans leurs relations avec les pharmaciens. Ils ont rappelé tout comme le Ministre Couillard qu'il revient aux ordres professionnels concernés d'évaluer les liens d'affaires existants entre les pharmaciens et les médecins. Les fédérations croient d'ailleurs que le développement de relations d'affaires, respectueuses des règles éthiques en vigueur, est « non seulement adéquat mais doit être favorisé ». Ceci aura notamment pour effet d'augmenter l'accessibilité aux services et aux soins de santé. Au même titre, ils soulignent qu'il est temps de permettre aux médecins d'avoir accès à de nouveaux modes d'exercice professionnel permettant des formes modernes de regroupement notamment l'incorporation.

Questionnées sur la possibilité que les grands groupes de pharmacies et les supermarchés deviennent à plus ou moins long terme des acteurs incontournables des soins de première ligne au Québec, les interlocuteurs de la FMOQ et de la FMRQ ont eu la même réaction que les médecins interviewés, notamment qu'il s'agit d'un enjeu qu'ils n'ont pas envisagé mais qui mérite réflexion. Pour l'instant, les fédérations analysent donc le développement du modèle d'affaires sous l'angle de relations commerciales médecins et pharmaciens dans la possibilité d'éventuels conflits d'intérêts et sous une perspective de nouveaux partenariats. Elles ont cependant la nette impression que

Loblaw ne réussira pas à percer au Québec. Elles ont de la difficulté à croire que des médecins puissent vouloir aller pratiquer dans un supermarché.

L'Association médicale du Québec (AMQ), quant à elle, va bien au-delà des enjeux d'intégrité professionnelle, elle y voit un enjeu d'autonomie professionnelle et de viabilité du réseau à long terme. Dans son communiqué du 8 octobre 2004, « Pratiques commerciales des pharmacies : menace potentielle pour l'autonomie professionnelle des médecins », elle soutient que bien que les offres des pharmaciens puissent être profitables à court terme, il faut néanmoins se poser des questions sur les impacts à long terme. Il faut éviter, ajoute-t-elle, que les pharmacies en viennent à dicter les règles du jeu. « Abandonner le sort de ce secteur aux mains des pharmaciens, serait alimenter un commerce lucratif au détriment de la qualité des soins, mais surtout de viabilité de notre système de santé ». Elle propose même une stratégie en trois points pour contrer l'attrait des pharmacies : lever les plafonds salariaux pour les omnipraticiens, offrir un soutien technologique, rehausser les tarifs. Cette stratégie reprend d'ailleurs des éléments de solutions identifiés dans le rapport SECOR dont il est fait référence ailleurs dans ce rapport de recherche.

Les auteurs du présent rapport ont également discuté avec certains informateurs clés au MSSS. Le développement d'un modèle d'affaires de gestion et de propriété des cliniques médicales par les pharmacies et les supermarchés ne semble faire l'objet d'aucune attention particulière. Ce modèle y est vu sous des enjeux d'éventuels conflit d'intérêts. On s'en remet donc systématiquement à la position du Ministre Couillard, soit l'Ordre des professions. Questionnés sur la possibilité que les grands groupes de pharmacies et les supermarchés deviennent à plus ou moins long terme des acteurs incontournables des soins de première ligne au Québec et puissent ainsi affecter la répartition des effectifs médicaux, ils ont dit n'y voir aucun problème car ce sont les PREM (voir glossaire) qui assurent une répartition équitable des effectifs médicaux sur tout le territoire du Québec. Après discussion, ils ont cependant admis que le développement de ce modèle d'affaires pourrait avoir des incidences sur la répartition intra régionale des effectifs.

4.2 Environnement réglementaire : déontologie, droit de propriété, partage des champs d'exercice professionnels

Lors de tout projet de développement d'un nouveau marché, l'encadrement législatif est toujours un élément soigneusement étudié, afin de déterminer, entre autres la conformité légale du projet et/ou d'évaluer les ressources nécessaires pour s'y conformer. Les lois à la base du système de santé québécois sont les suivantes :

- Loi sur l'assurance-médicament
- Loi sur l'assurance-maladie
- Code des professions
- Loi sur les infirmières et les infirmiers
- Loi médicale
- Loi sur la pharmacie

Bien qu'il s'agisse d'un aspect très spécialisé, les auteurs de ce rapport ont voulu savoir quels seraient les enjeux pour les parties impliquées et dans quelle mesure l'encadrement réglementaire poserait un frein ou non à l'expansion du modèle d'affaires « grandes surfaces ».

Ordre des professions

En novembre 2004, le gouvernement s'en remettait à l'Ordre des professions pour évaluer l'ensemble des relations commerciales entre médecins et pharmaciens et leur impact sur l'indépendance et l'intégrité de ces professions. Cette démarche devait être conduite en étroite collaboration avec les Ordres des pharmaciens du Québec et le Collège des médecins. En date du 31 mars 2005, l'Office des professions n'avait pas encore remis son avis et ses recommandations au ministre responsable de l'application de lois professionnelles, M^e Jacques P. Dupuis.

La position du CMQ

Dans son bulletin officiel, Le Collège, le CMQ présente clairement sa position quant aux loyers consentis à des médecins par des pharmaciens. Il insiste notamment sur la

nécessité d'adapter le code de déontologie aux nouvelles réalités. Le CMQ reconnaît déjà un certain nombre de ces relations d'affaires. Il souligne que les nouvelles pratiques professionnelles, basées sur la mise en commun des compétences, peuvent engendrer des partenariats qui seront bénéfique pour le public. Ainsi, on peut lire :

Ces partenariats peuvent même constituer des leviers économiques permettant d'offrir de meilleurs services aux patients, et ce, dans un contexte où le financement de secteur privé s'accroît sans cesse dans le domaine de la santé. (En note de bas de page, Selon les statistiques, de 30% à 40% du financement du système de santé provient de secteur privé.)

Le Collège, vol. XLV, no1, hiver 2005, p.17

« Chose certaine, dans le cadre de relations d'affaires avec d'autres professionnels, tout médecin qui adoptera une conduite préjudiciable envers le public, par exemple, en dirigeant un patient vers un professionnel plutôt qu'un autre, en acceptant des ristournes, ou encore en prescrivant de manière injustifiée des médicaments, des appareils ou des examens, s'expose à des mesures disciplinaires. »

Le Collège, vol. XLV, no1, hiver 2005, p.17

Le CMQ s'en remet exclusivement aux aspects déontologiques touchant la protection du public, tout en prenant pour acquis que le rôle du privé sera de plus en plus présent. Il confie au médecin la responsabilité de s'assurer que ses relations commerciales avec autrui seront en conformité avec son code de déontologie.

La position de l'OPQ

L'Ordre des pharmaciens du Québec, quant à elle, a une longue expérience des relations commerciales et de la déontologie. Depuis la réforme de la loi des pharmacies en 1973, qui a aboli la limite de trois pharmacies par pharmaciens, et qui a favorisé la naissance des grandes chaînes, les questions litigieuses n'ont pas manqué. Pendant des années, on a d'ailleurs assisté à la contestation systématique des règlements sur la publicité et sur la tenue des pharmacies (Le Praticien, vol 2, no 1, janvier 2005).

Ainsi, depuis 20 ans, l'Ordre des pharmaciens du Québec est intervenu à maintes reprises sur des questions de droit de propriété, des contrats de gestion et sur les moyens de faire respecter ces derniers par et pour les pharmaciens et leurs partenaires d'affaires.

L'OPQ défend avec vigueur le droit de propriété exclusive des pharmacies aux pharmaciens, qu'elle qualifie d'acquis social unique en Amérique du Nord (OPQ, Mémoire soutenant l'adoption d'un règlement sur les contrats d'acquisition, d'aliénation et de gestion des pharmacies, 6 mai 2003, p.3).

L'OPQ soutient que l'imputabilité du pharmacien devant le comité de discipline, assure qu'il ne peut rejeter la faute sur un tiers sur lequel l'Ordre n'aurait pas autorité. Dans ce mémoire, l'OPQ indique que le droit de propriété exclusive représente la meilleure garantie de protection du public en matière de soins et de services pharmaceutiques, du développement professionnel de la pharmacie et de la qualité de la pratique

Comment se positionnera l'OPQ sur le droit de propriété des cliniques médicales? Difficile de se prononcer car certes le mandat de l'OPQ est d'assurer la protection du public en matière de services pharmaceutiques, mais elle n'en demeure pas moins un regroupement de pharmaciens.

Dans ce mémoire, on peut également constater que l'OPQ a fort à faire pour s'assurer que ce droit de propriété soit respecté. En 1977, l'OPQ a adopté des lignes directrices sur la propriété des pharmacies, dont le but était d'aider les pharmaciens et leurs partenaires d'affaires à se conformer aux dispositions de la loi à l'égard de la propriété des pharmacies

« Le développement des chaînes et bannières, ces vingt dernières années, a amené plusieurs changements aux relations entre les pharmaciens et ces entreprises. La complexité de contrats, le raffinement des termes des ententes, l'augmentation des coûts d'enquêtes et le nombre de ressources spécialisées nécessaires aux enquêtes laisse l'Ordre démuné en terme d'outil de contrôle. La réception et la vérification d'un bail et d'un sous-bail, unique mesure prévue à l'article 32 de la Loi sur la pharmacie, n'est maintenant plus une garantie d'un contrôle efficace du respect du droit de propriété »

(OPQ, Mémoire soutenant l'adoption d'un règlement sur les contrats d'acquisition, d'aliénation et de gestion des pharmacies, 6 mai 2003, p.24)

En 2001, l'OPQ a confié à M^e Josée Bourdon le mandat de vérifier les lignes directrices et de procéder à l'analyse et à des recommandations quant à l'application de celles-ci. Dans son rapport, M^e Bourdon confirmait l'inefficacité et le non-respect des lignes directrices.

« Les principales situations problématiques visent, de façon générale, la notion même du droit de propriété, l'autonomie et l'indépendance professionnelles, le secret professionnel et le principe du partage des honoraires. »

(OPQ, Mémoire soutenant l'adoption d'un règlement sur les contrats d'acquisition, d'aliénation et de gestion des pharmacies, 6 mai 2003, p.21)

« L'Ordre a donc besoin d'un outil de contrôle supplémentaire, à la fois préventif et contraignant, pour que les pharmaciens, souvent moins initiés aux subtilités juridiques et commerciales que leurs partenaires d'affaires, puissent respecter le droit de propriété à travers les différents contrats de gestion. »

(OPQ, Mémoire soutenant l'adoption d'un règlement sur les contrats d'acquisition, d'aliénation et de gestion des pharmacies, 6 mai 2003, p.24)

On peut donc penser que le CMQ aurait avantage à être pro-actif dans la nouvelle aventure qui attend les médecins avec ses nouveaux partenaires d'affaires. L'OPQ et le CMQ pourraient-ils collaborer étroitement? C'est l'avis de l'Office des professions qui viendra baliser les relations commerciales : si il se limite uniquement aux aspects de déontologie, et n'aborde pas les aspects liés au droit de propriété et des contrats de gestion, on peut facilement voir ce qui tiendra occupé le CMQ dans les années à venir.

Dernier aspect qu'il semble important d'aborder, c'est la loi 90, adoptée en janvier 2003. Cette loi élargit les champs d'exercice professionnels dans le réseau de la santé. Elle permet entre autres à d'autres professionnels, que les médecins, de prescrire (bien que très restreint), de surveiller une thérapie, de prescrire des examens diagnostics, etc. Cette loi ajoute notamment à la notion d'ordonnance individuelle la notion d'ordonnance collective. Pour des raisons d'efficacité, d'efficience et certainement de contrôle des

coûts, dans un contexte de pénurie des effectifs médicaux, on délègue des pouvoirs et de responsabilités autrefois réservées aux médecins à d'autres professionnels du réseau dont des infirmières, des pharmaciens. Bien que ces actes demeureront sous la surveillance du CMQ, on peut penser que ces petits acquis feront bientôt partie de la pratique courante et que les entreprises ayant en vu le modèle d'affaire « grandes surfaces » auront sans doute tôt fait de profiter de la situation.

Tandis que les pharmaciens défendent jalousement le droit exclusif des pharmacies, se voient confier de nouvelles responsabilités dans le réseau, disposent des capitaux pour acquérir des cliniques; les médecins semblent céder du terrain tant dans la propriété et la gestion de leur clinique que dans l'exclusivité de leur champ de pratique.

Le CMQ et l'OPQ auront finalement un rôle primordial dans l'expansion du modèle d'affaires « grande surface » par le rôle d'encadrement réglementaire qu'ils devront assumer. C'est la qualité de la gouvernance de ces organisations qui sera mise à l'épreuve.

4.3 Perspectives critiques du développement du modèle

Le développement du modèle d'affaires dont il est fait état dans ce rapport ne va pas sans soulever de nombreux enjeux critiques. La requête déposée par les docteurs Poulin et Perron évoque plusieurs de ces enjeux mais il appartient aux tribunaux de trancher. Ces enjeux concernent des questions d'avantages illégaux, d'incitatifs à violer le code de déontologie, de concurrence déloyale, de pratiques commerciales illégales.

Ceci dit, d'autres enjeux doivent être discutés.

L'enjeu territorial

Le modèle d'affaire développé par le groupe PJC et autres grandes surfaces ne serait valable que dans des municipalités comptant au moins 10000 personnes (Commerce, 1995). Tel que soulevé par la députée Louise Harel et rapporté dans l'édition du Devoir le 22 octobre 2004, on peut aisément deviner les impacts négatifs de ce modèle sur la micro répartition des effectifs médicaux dans une région. En effet, le développement de

ce modèle pourrait avoir un effet d'aimant dans une région donnée, attirer les médecins vers la ville centre au détriment des petites communautés, celles par exemple comptant 3-4000 habitants. Sur un ton humoristique, le film *La grande séduction* porté sur les écrans en 2003 a abordé de plein front cette question. Pourtant il n'est pas nécessaire d'aller si loin que dans une basse Côte-Nord imaginaire pour trouver de tels cas. Les citoyens de Ste-Thècle en Mauricie ont eu à déployer beaucoup de ressources et d'imagination pour attirer dans leur communauté deux médecins (Girard, 2003). On parle ici d'une contribution annuelle de près de 70K\$ pour conserver ces deux médecins sur place. Ce modèle est-il viable à grande échelle? Est-ce que des petites communautés peuvent systématiquement lutter contre des organisations de la taille du groupe PJC pour solliciter la présence de médecins? Poser la question c'est un peu y répondre. Dans ce contexte, si on souhaite s'assurer d'une juste répartition des effectifs médicaux, on ne peut laisser jouer les seuls mécanismes du marché, de l'offre et de la demande, à plus forte raison avec des acteurs de la taille du groupe PJC, Loblaw et autres géants du commerce de détail. Ceci est d'autant important qu'il a été amplement démontré que la disponibilité de ressources en santé constitue un élément structurant pour bien asseoir le développement local. En d'autres mots, on ne peut penser promouvoir une solide stratégie de développement régional ou local sans sérieusement tenir compte de la composante «ressources en matière de services de santé».

L'enjeu du suivi médical ou les effets pervers de la généralisation du modèle clinique walk-in

Pour certain, le modèle d'affaires grande surface clinique-pharmacie devrait se développer principalement par une approche walk-in ou si l'on préfère, clinique sans rendez-vous. Cette approche, du moins sa généralisation, soulève la question du suivi médical, selon le discours des dirigeants du réseau de la santé, élément clé de la réforme conduite ces dernières années. On comprend que par le modèle walk-in, il n'y en a pas, nonobstant la démonstration documentée et troublante d'une importante pénurie de médecins de famille, plus au Québec qu'ailleurs dans le pays. Comment concilier le tout? À un autre niveau, on peut aussi penser que le concept de clinique walk-in n'est pas très propice à une pratique médicale encourageant les saines habitudes de vie. Elle semble davantage compatibles avec une approche de consommation rapide, comme le permet la pratique à grande échelle de la prescription.

L'influence de l'industrie pharmaceutique

La proximité pharmacie-clinique médicale surtout dans un cadre où le premier héberge le second ne va pas sans la nécessité de garder à l'esprit le poids et l'influence considérable de l'industrie pharmaceutique dans notre quotidien. L'augmentation sans cesse croissante de la part des médicaments dans les dépenses de santé est bien réelle et ne relève pas d'une quelconque lubie. Des ouvrages récents jettent un regard profondément troublant sur les pratiques de cette industrie, en terme de recherche et développement, brevets et monopole de médicaments, essais cliniques, marketing agressif, etc. Pour un, St-Onge va d'ailleurs jusqu'à évoquer une stratégie délibérée de promouvoir une médicalisation des événements de la vie où, en d'autres mots, l'art de forger des pathologies de façon à rendre les individus dépendant le plus longtemps possible durant leur vie «de la pilule» (St-Onge, 2004). En ce sens, il faut redoubler de vigilance dans ce cadre de grande proximité physique médecins--pharmacies.

Conclusion

Que l'on soit pour ou contre le modèle d'affaires exposé dans ce rapport, il faut reconnaître qu'il est en train de changer la donne de l'organisation des services de santé de première ligne au Québec ne serait-ce qu'en terme d'impact sur la micro répartition des effectifs médicaux. En outre, loin d'être à maturité, plusieurs éléments convergent vers la poursuite du développement de ce modèle, les modifications de fond bouleversant la pratique médicale, par exemple, le manque d'intérêt des jeunes médecins à investir dans des cliniques, la féroce concurrence dans l'industrie de la vente au détail qui force à la recherche constante de l'innovation, un courant d'ouverture exprimé par les associations de médecins aux nouvelles pratiques d'affaires et quoi encore. Certains n'y voient que des bonnes choses *Les patients y trouvent leur compte, surtout les personnes âgées, qui apprécieront le fait de trouver la clinique et la pharmacie au même endroit*" soutient Alain Dubuc dans l'édition du 22 septembre 2004 de La Presse. Dans cette foulée, d'autres vont jusqu'à associer ce modèle au station-service *"De grandes bannières de pharmacies tentent ici de rapprocher les "donneurs d'ordonnances" de leurs commerces. De la même manière que les détaillants d'essence ont décidé, par logique commerciale il y a quelques années, de s'unir à un dépanneur, un marchand de beignes et un comptoir de restauration rapide. Le fait que ce soit des médecins et non pas des vendeurs d'essence change-t-il la donne ? Pas à notre avis"*. (Pierre Jury, journal Le Droit, édition du 22 septembre 2004)

Le leader incontesté de ce modèle au Québec est une entreprise de chez nous, parmi les plus admirées. Le capital de sympathie à l'égard de PJC autorise-t-il pourtant de se fermer les yeux sur les enjeux soulevés par ce modèle? Au terme de ce rapport, la réponse ne doit pas faire de doute, non! et ceci pour plusieurs raisons qui pourraient être formulées sous formes de questions :

- Dans un contexte de croissance constante et vertigineuse de vente et de consommation de médicaments, comment s'assurer d'une imperméabilité constante entre les intérêts de l'industrie pharmaceutique, ceux des chaînes de vente au détail de type pharmacie et des médecins?

- Pour éviter les débordements ou ces fameux conflits d'intérêts, faut-il s'en remettre à la seule conscience professionnelle du médecin comme le suggère le Collège des Médecins ou aller plus loin dans les gardes fous déontologique par exemple, en outillant et soutenant les médecins pour s'assurer que leurs partenaires d'affaire respecteront le code de déontologie.
- Comment s'assurer que l'extension de ce modèle d'affaires qui se développe essentiellement dans les villes de 10000 habitants et plus, par son effet très attractif sur le corps médical, ne videra pas le Québec des petites communautés de ces professionnels provoquant à terme une irrémédiable fracture sociale?

Ce modèle mu par des impératifs financiers a tout des apparences d'une marchandisation de la santé. On a beau chercher, à peu près rien n'a été trouvé exprimant l'ouverture de ce modèle d'affaires aux questions de prévention, de promotion des saines habitudes de vie, de santé globale. Rien non plus sur le plan de l'association de citoyens à la gouverne de ces établissements. Ce travail n'a pas permis de visiter ce modèle de l'intérieur, d'aller voir au quotidien comment fonctionne, par exemple, une clinique PJC. À terme, quelle assurance avons-nous que ces cliniques et les autres développées par les PJC, Loblaw et cie qui disposent de moyens financiers considérables pour avoir accès au dernier équipement technologique, ne seront pas les lieux d'une multiplication d'actes couverts par le régime public mais à tarification à la pièce, véritable vecteur de privatisation et d'une santé à deux vitesses?

Comme société sensible aux questions de justice sociale, il s'agit de questions trop fondamentales pour les abandonner au seul arbitrage des intérêts marchands.

L'action publique est de mise mais il faut aussi explorer plus à fond des modèles associant plus étroitement les principales parties prenantes, les citoyens et professionnels. Au lieu de porter notre regard au sud du 45^{ième} parallèle, l'exemple du Japon pourrait être une féconde source d'inspiration. Au pays du Soleil levant, depuis une quarantaine d'années s'est mis en place un remarquable réseau de coopératives de santé regroupant comme membres des millions de citoyens et comptant à son emploi des milliers de professionnels y compris, bien entendu, des médecins. Ce réseau (C.f. :

www.jccu.coop/English_here/) est cité, notamment par l'Organisation Mondiale de la Santé, pour ses actions exemplaires en matière de prévention et de promotion de saines habitudes de vie. Voilà un programme inspirant pour prendre davantage sa santé en main!

Annexes

Annexe 1

Le groupe PJC et ses stratégies d'intégration de cliniques

Le cas de Ste-Anne-des-Plaines¹⁰

Les années 1996-1997 sont marquées au Québec par le départ à la retraite de nombreux médecins. La municipalité de Ste-Anne-des-Plaines qui compte alors 13000 habitants, doit composer avec l'équivalent d'un médecin et demi à temps plein et ce, sur les heures de travail. Devant la situation, des démarches sont entreprises par la municipalité pour recruter des médecins. Le groupe PJC souhaitait ouvrir une pharmacie à Ste-Anne-des-Plaines. La municipalité valide l'intérêt d'y annexer une clinique médicale, ce que décline alors le groupe. Dans ce contexte, pour se donner une base élargie supportant le recrutement de médecins, à l'été 1997, à l'initiative de la municipalité, on met en place une coopérative de services de santé. Ce n'est qu'après plusieurs mois de démarches intensives que seront recrutés 2 médecins dont un qui pratiquait déjà à Sainte-Anne-des-Plaines, résultat loin de l'objectif de recruter 6 médecins. Une bonne fréquentation de la clinique nécessitait dès 1998, un agrandissement des locaux. Hasard ou autre, au même moment le groupe PJC relance la municipalité sur le projet de loger la clinique médicale à proximité de la toute nouvelle pharmacie du groupe. En outre, PJC avait déjà recruté deux médecins souhaitant s'y installer. Le groupe offrait aussi de racheter l'édifice appartenant à la coopérative. En d'autres mots, le groupe PJC offre de prendre en charge la gestion de la bâtisse (clinique) et le recrutement de nouveaux médecins ce qui signifie que la coopérative et ses bénévoles n'aurait plus à assumer ces activités et par le fait même, perdrait sa raison d'être. Les membres de la coopérative furent consultés et décidèrent de liquider la coopérative (dissolution en février 2001), les deux médecins associés à la coopérative déménageant leurs pénates dans les nouveaux locaux adjacents à la pharmacie du groupe PJC.

¹⁰ Extrait d'un rapport plus exhaustif sur le sujet (Girard, Langlois, 2004)

Annexe 2

Portrait des principaux acteurs évoluant dans le secteur des pharmacies

Le Groupe PJC

En date du 27 novembre 2004, les réseaux du groupe Jean Coutu comptaient 321 pharmacies franchisées au Canada et 1 904 pharmacies corporatives aux États-Unis, soit 1 569 pharmacies Eckerd et 335 pharmacies Brooks, pour un chiffre d'affaires d'environ 2.7 milliards de dollars US (Groupe Jean Coutu, novembre 2004). Toutes les pharmacies et cliniques PJC sont franchisées, au Québec, au Nouveau-Brunswick et en Ontario (C.f. : site Internet du Groupe Jean Coutu). Outre les cliniques PJC, le Groupe PJC offre aussi des locaux à des spécialistes de la santé tels que des optométristes, des dentistes ou des physiothérapeutes (Lafrance, in, *Le Soleil*, Octobre 2004).

À côté de ses activités de ventes de produits pharmaceutiques et de ses autres activités commerciales, le Groupe PJC a développé une importante activité immobilière. Il a donc confié aux divisions immobilières (au Canada et aux États-unis) le mandat de veiller à la gestion des baux, de même qu'à l'acquisition, au développement et à la gestion d'immeubles et de centres commerciaux abritant des établissements du réseau Jean Coutu. Ils détiennent ainsi un parc immobilier qui, au 1er janvier 2004, comptait 161 propriétés au Canada (C.f. : site Internet du Groupe Jean Coutu). Ainsi, le Groupe Jean Coutu entend continuer d'investir dans ce secteur stratégique qui confère une valeur considérable à son actif et renforce le positionnement de ses réseaux tant au Canada qu'aux États-Unis.

Loblaw et Provigo

*Les Compagnies Loblaw limitée (« Loblaw »)*¹¹ est la plus grande entreprise de distribution alimentaire du Canada et l'un des plus importants détaillants de marchandises générale et services au Canada. En 2004, la compagnie affichait un chiffre d'affaires de 26.2 milliards de dollars, avec des effectifs de 1 577 magasins (dont 658 détenus par Loblaw) et bannières affiliées de différentes tailles et comptait quelque 130 000 employés en temps plein et à temps partiel au Canada (Compagnies Loblaw Ltd, *Rapport Annuel 2004*). Les Compagnies Loblaw comptent 658 magasins (248 au Québec et 169 en Ontario), 400 magasins franchisés (26 au Québec et 249 en Ontario), 519 magasins associés (373 au Québec et 18 en Ontario), 6 669 comptes indépendants (1590 au Québec et 87 en Ontario) et 32 entrepôts (dont 7 au Québec). Selon le rapport annuel 2004 de Loblaw, les principales bannières de magasins détenues directement par Loblaw sont (leur nombre est entre parenthèse) : *Atlantic Superstore (51); Dominion (15); Loblaw (98); Maxi, Maxi & Cie (103); Fortino's (21); No Frills (124); ExtraFoods (97); Provigo (115); The Real Canadian Superstore (77); The Real Canadian Wholesale Club (36); Zehrs Markets (55); Your Independant Grocer (49); Lucky Dollar Foods (75); Shop Easy Foods (55); SuperValu (27); Atlantic SaveEasy (53); Cash & Carry et autres bannières (456)*. Loblaw offre aussi des produits et services financiers avec sa bannière Choix du Président/President's Choice incarnée par la Banque PC.

C'est en 1998 que le premier supermarché Loblaw ouvre ses portes à Longueuil au Québec. En décembre 1998, Provigo est devenue une composante des Compagnies Loblaw Limitée, le plus important distributeur alimentaire au Canada. Avec l'acquisition de Provigo, Loblaw s'est rapidement hissé au rang de chef de file de l'alimentation au détail au Québec (Cf. : site Web de Provigo).

¹¹ Loblaw est une filiale de *George Weston limitée (« Weston »)*, une société canadienne ouverte fondée en 1882 et l'une des plus grandes entreprises de transformation des aliments et de distribution alimentaire en Amérique du Nord. Weston exerce ses activités dans trois secteurs distincts : *Weston Foods*, la distribution alimentaire et la pêche. Le secteur de *Weston Foods* se concentre principalement dans l'industrie des produits de boulangerie et des produits laitiers en Amérique du Nord. Le secteur de la distribution alimentaire, qui est exploité par Les Compagnies Loblaw limitée. Le secteur de la pêche est principalement engagé dans l'éclosion, l'élevage et la transformation du saumon frais d'élevage en Amérique du Nord et au Chili (Source : www.weston.ca).

Présent dans toutes les régions du Québec, la compagnie Provigo exploite un réseau qui regroupe au-delà de 300 magasins sous les bannières Provigo, Maxi, Maxi & Cie, Loblaw et l'Intermarché. Par le biais du Groupe Distribution, Provigo dessert également plus de 600 marchands affiliés aux bannières Axep, Dépanneur Proprio et Atout-Prix (C.f. : Site Web, Provigo).

Question de pouvoir combler l'ensemble des besoins de ses clients et de leur faire gagner du temps, en plus des produits alimentaires vendus dans ses supermarchés, Loblaw leur propose aussi une foule d'articles pour la maison, des vêtements pour enfants, des produits de beauté et de produits naturels, un service de développement de photos, une section divertissement, un comptoir de nettoyeur, un fleuriste et une pharmacie complète offerte par un réseau de pharmaciens-proprétaires affiliés à la bannière CENTRE Santé. Loblaw, offre donc tout sous le même toit (One-Stop-Shop). Les cliniques médicales ne sont qu'un autre service que Loblaw veut ajouter à son offre de produits et services, compte tenu de la concurrence féroce qu'elle livre aux autres supermarchés ainsi qu'aux pharmacies.

Loblaw développe déjà ailleurs au Canada des cliniques médicales. Celles-ci s'intègrent à son réseau de pharmacies sous la bannière *DRUGStore Pharmacy*. C'est la bannière chef de file du groupe Loblaw sur laquelle est basé le concept du *One Stop Shopping*. Le développement fulgurant des *Real Canadian Superstores* est le signe clair de la stratégie de Loblaw de chercher à gagner la bataille de la concurrence et du *One-Stop-Shopping*. Ce concept permet d'assurer aux pharmacies (dont les produits d'officine sont en croissance soutenue) une fréquence des visites importantes des clients et/ou patients loyaux et une possibilité de développer des initiatives professionnelles personnalisées. En plus des pharmacies, Loblaw offre aussi des boutiques spécialisées (Repas sur le pouce, Soins naturels, produits de tabac et accessoires, PhotoLab, Nettoyeur, Cordonnier, Jardins Loblaw, Marchand de vins, Mille trucs pour la cuisine, Vêtements pour enfants, etc.), des salles à réserver gratuitement pour les célébrations, rencontres d'amis et fêtes d'enfants et de nombreux cours (cuisine, entretien des plantes, gestion du stress, etc.). Les supermarchés Loblaw ont également établi des partenariats avec plusieurs entreprises pour encore mieux servir ses clients (exemple : Lunetterie Greiche & Scaff, Compucenter, Salon de coiffure pour enfants Minimod Express, Salon de coiffure Icooco, division de Interbeauté, Agence de voyages Tourbec,

Rogers AT&T Planète Mobile Express). Ainsi, en se rendant dans les magasins Loblaw, les clients peuvent découvrir tous les produits courants.

Métro et Brunet

Mc Mahon Distributeur pharmaceutique inc., filiale de Métro inc., est le franchiseur des bannières *Brunet* et *Clini Plus*. La bannière Brunet, qui existe depuis plus de 150 ans, appartient à Métro depuis 1987. En achetant Brunet, on peut dire que Métro entrevoyait le développement des pharmacies et l'importance de rapprocher de ce créneau lucratif. Actuellement, les pharmacies Brunet mettent aussi l'accent sur la santé et la beauté, mais avec une variante : les « Loisirs ». Au début des années 2000, Brunet testait le positionnement "Loisirs" dans quelques pharmacies. Le nouveau concept de la bannière se concentrait alors sur les livres, les disques et quelques articles cadeaux. Des articles compacts, qui s'intègrent bien dans des surfaces de 6 000 pieds carrés. Brunet a passé une entente avec la bannière Archambault qui lui envoie chaque mois ses cinquante meilleurs vendeurs dans le rayon des disques compacts ainsi qu'un choix de livres best-sellers pour les trois pharmacies test (Bédard, in, *Commerce*, Septembre 2002).

Aucune information précise n'a pu être obtenue sur la stratégie de Métro concernant le développement de cliniques médicales. Il y a des raisons de croire toutefois, à l'image du « marché » des pharmacies au Québec, que plusieurs pharmacies Brunet et CliniPlus sont déjà situées à proximité de cliniques médicales à l'exemple de l'annonce de l'ouverture d'une nouvelle pharmacie Brunet à Charlesbourg. Le nouvel établissement, qui a nécessité un investissement de plus d'un million de dollars, est adjacent à la clinique médicale Bourg Royal (RHDC, janvier 2005).

Le réseau des pharmacies *Brunet* et *Clini Plus* compte environ 176 établissements (Métro Inc., 2004).

Shoppers Drug Mart et Pharmaprix

La Société a été fondée en 1962 par Murray Koffler, un pharmacien de Toronto. Aujourd'hui, plus de 915 établissements Shoppers Drug Mart et Pharmaprix sont détenus et exploités des pharmaciens-franchisés (C.f. : Site Web : shoppersdrugmart.ca).

Étant donné que les ventes du réseau ont presque atteint 6.5 milliards de dollars durant l'exercice 2004, la société est au premier rang au Canada sur le marché des pharmacies de détail et se classe également au premier rang parmi les fournisseurs de produits et de services pharmaceutiques. Grâce à ses pharmacies autorisées situées dans toutes les provinces (dont 478 en Ontario, 99 en Colombie-Britannique, 91 au Québec et 79 en Alberta) et dans deux territoires, elle représente l'un des détaillants les plus accessibles au Canada. De plus, avec ses 49 centres de soins de santé à domicile *Shoppers Home Health Care*TM, elle est également le plus important détaillant de produits et services de soins à domicile au Canada.

La chaîne ontarienne *Shoppers Drug Mart* a depuis juin 2001 un nouveau président. Il s'agit de Glenn Murphy, qui a travaillé 14 ans chez Loblaw (C.f. : Site Web de Shoppers Drug Mart). C'est l'artisan du virage « santé » des pharmacies Shoppers Drug Mart et Pharmaprix (Bédard, in, *Commerce*, Septembre 2002).

Selon l'information disponible, *Pharmaprix* (bannière de *Shoppers Drug Mart* au Québec) n'exploite aucune clinique médicale au Québec. Il demeure que la compagnie a des visées de croissance au Québec.

Wal-Mart

Wal-Mart est déjà connu comme étant un leader mondial du « One-Stop-Shopping » avec ses « Power centers ». Suite à la controverse suscitée par l'annonce de Loblaw en 2004 d'ouvrir des cliniques médicales au Québec et devant elle-même composer avec un problème de relation de travail fortement médiatisé, le géant du commerce du détail Wal-Mart a jugé nécessaire d'annoncer qu'il n'ouvrira aucune clinique médicale au Canada. Un responsable de Wal-Mart jugeait qu'une telle aventure était un enjeu

dangereux pour la compagnie (Lafrance, in, *Le Soleil*, Octobre 2004). C'est une décision un peu surprenante de la part de Wal-Mart puisque l'entreprise possède déjà des pharmacies un peu partout au Québec (avec sa franchise *Le Comptoir Wal-Mart*) et a ouvert des cliniques médicales dans ses magasins aux États-Unis. La compagnie dispose aussi d'une franchise pour les spécialistes des soins de la vue, *Le Centre de l'Optique*.

Wal-Mart Canada a été fondée au mois de mars 1994, lors de l'acquisition de Woolco, une division de Woolworth Canada Inc. En moins de huit mois, 122 magasins Woolco ont été convertis en succursales Wal-Mart. Avec plus de 235 succursales, 6 SAM'S CLUB, Wal-Mart compte plus de 60 000 associés-employés au Canada. En plus du Canada, Wal-Mart a des succursales (quelques 1 300 succursales et clubs SAM) implantées aux États-Unis, au Royaume-Uni, en Allemagne, en Argentine, au Brésil, au Japon, en Chine, en Corée du Sud, au Mexique et à Porto Rico.

Au 31 janvier 2004, Wal-Mart a généré un chiffre d'affaires global de plus \$US256 milliards, un nouveau record pour la compagnie qui a ajouté \$US26 milliards à des revenus, pour des profits nets de \$US9 milliards (Wal-Mart Stores, *Annual Report*, 2004 :2). La compagnie emploie plus de 1,5 million d'associés-employés dans quelque 3 703 succursales (incluant les Clubs SAM) aux États-Unis et 1 607 succursales dans les autres pays où elle est présente (Mexique, 697; Porto-Rico, 54; Canada, 262; Argentine, 11; Brésil, 149; Chine, 44; Corée du Sud, 16; Allemagne, 91; Royaume-Uni, 283). Plus de 138 millions de clients visitent les magasins Wal-Mart chaque semaine à travers le monde (C.f. : Site Web Wal-Mart Stores).

Avec une croissance 18.6 % des profits et de 16.6% de son chiffre d'affaires en 2004 (par rapport à 2003) au niveau international (hors des États-Unis), Wal-Mart a comme plus gros contributeurs (« big three ») du développement de ses activités dans le monde le Canada, le Mexique et le Royaume-Uni (Wal-Mart Stores, *Annual Report*, 2004 :18). Depuis 1988, Wal-Mart développe les « Super centres d'achat » (Wal-Mart Supercenters) et en compte plus de 1 600 aux États-Unis. Ils sont de véritables «one-stop family shopping». Plusieurs sont ouverts 24h sur 24 (C.f. : Site Web Wal-Mart Stores).

Plus de 6 500 pharmaciens opèrent sous la franchise de pharmacie de Wal-Mart (Wal-Mart Pharmacy) aux États-Unis (C.f. : Site Web Wal-Mart Stores). Au Québec, on comptait en septembre 2004 environ 42 pharmacies affiliées à la bannière de pharmacie « Le Comptoir Wal-Mart » (CSMOCD, 2004).

Uniprix, Unipharm et Uniclinique

La chaîne Uniprix/Unipharm/Uniclinique figure parmi les chaînes de pharmacies les plus en croissance au Québec et au Canada. En effet, selon les informations du *Rapport 2003 sur les tendances en pharmacie*, la chaîne s'est classée parmi les cinq plus importantes bannières de pharmacies à travers le Canada (voir tableau sur les cinq principales bannières à travers le Canada) d'après les livraisons de produits d'ordonnance, avec I.D.A, le Groupe Jean Coutu, Loblaw/Real Canadian Superstore et Shoppers Drug Mart/Pharmaprix. Les cinq bannières comptaient pour 40% du chiffre d'affaires total des pharmacies au Canada d'après les livraisons de produits d'ordonnance (Rogers media, 2003). Uniprix/Clinique n'était dans le peloton des cinq ni en 2002, ni en 2001. Ce qui est tout de même remarquable pour une bannière qui n'est présente qu'au Québec, où elle connaît néanmoins une bonne côte de popularité auprès des consommateurs, notamment grâce à son implication sociale (don d'un million de dollars à la Faculté de pharmacie de l'Université Laval; don de plus 800 000 dollars à la Fondation Charles-Bruneau; Bourses à des athlètes handicapés; Subventions dans le sport; etc.). La compagnie Uniprix inc. se positionne d'ailleurs parmi les entreprises les plus admirées des Québécois et des Québécoises dans le classement de la *Revue Commerce* (C.f. : site Web Uniprix).

Selon un responsable des opérations chez Uniprix/Uniclinique, la bannière se porte bien financièrement avec un chiffre d'affaires variant entre 2 à 3 millions de dollars par membre-proprétaire. Selon ce responsable, Uniprix est deuxième au Québec et quatrième bannière de pharmacies au Canada avec un chiffre d'affaires de 1.2 milliard de dollars¹². La croissance de la bannière serait principalement attribuable à une excellente stratégie marketing, à un positionnement territorial adéquat, à une augmentation des ventes au détail et à une augmentation des ordonnances en

¹² 1,1 milliard de dollars en 2003 selon les données obtenues de Planète Québec (Planète Québec, 2004).

pharmacies. De plus, il reconnaît que la survie des pharmacies est directement reliée au développement des cliniques médicales qui assurent des revenus de prescriptions. Pour Uniprix, le développement des bannières Uniprix et Uniclinique (pharmacies de petites tailles) se situe donc dans cette stratégie de positionnement sur le marché qui permet de s'assurer que la bannière dispose d'un réseau de pharmacies proches des médecins qui eux, prescrivent les ordonnances. D'ailleurs, selon les informations obtenues du même responsable des opérations chez Uniprix, toutes les 28 Uniclinique que compte le réseau sont annexées à des cliniques médicales. Certaines Uniclinique offrent des soins infirmiers gratuitement, en collaboration avec les médecins. Sans ordonnances, les pharmacies sont vouées tout simplement à la disparition, rappelait-il dans une entrevue téléphonique.

Enfin, le responsable d'Uniclinique notait que la montée des supermarchés et des magasins dans le secteur des pharmacies n'est pas pour l'instant une grande menace au Québec. En effet, note-t-il, ces supermarchés n'exécutent que très peu de prescriptions et ne font que très peu d'argent au Québec. Toutefois, reconnaît-il, ces grosses compagnies ont beaucoup d'argent et pourraient représenter une menace à long terme pour les petites pharmacies.

En avril 2004, la chaîne de pharmacies Uniprix lançait une nouvelle bannière de pharmacies de taille intermédiaire, *Unipharm*. Cette bannière chapeaute désormais des pharmacies dont la superficie oscille entre 1 500 et 3 500 pieds carrés. Après avoir envisagé divers scénarios, dont une fusion avortée avec Essaim en 2003, Uniprix adopte la stratégie du développement au point par point. Ainsi, en plus de Unipharm, Uniprix est présente dans les grandes surfaces avec la bannière Uniprix (200 pharmacies de plus de 3 500 pieds carrés) et les petites surfaces avec la bannière Uniclinique (32 pharmacies de 500 à 1 500 pieds carrés) (Planète Québec, 2004).

Au total, on compte actuellement, selon le responsable des opérations d'Uniprix, 195 pharmacies Uniprix, 16 Unipharm et 28 Uniclinique, toutes en opération au Québec.

Essaim/Obonsoins : création de PharmESSOR

Le Groupe Essaim et Gestion Santé Services Obonsoins ont voté pour leur fusion en août 2004 pour créer le Groupe *PharmESSOR* afin notamment de faire face à la concurrence de plus en plus vive des magasins à grande surface. Ils forment l'un des plus importants regroupements de pharmacies indépendantes au Québec avec un chiffre d'affaires de plus \$860 millions (Groupe Essaim, 2004; Cloutier, in, *La Presse*, 2004).

Essaim et Obonsoins ont perdu quelques pharmacies (17 sur 326) suite à l'annonce de leur fusion. Au moment de la fusion, Obonsoins, de Montréal, exploitait 154 pharmacies au Québec, dont des Santé Services et Accès Santé. Essaim, de Boucherville, exploitait 155 pharmacies dont 27 en Ontario et dans les provinces maritimes (Cloutier, in, *La Presse*, 2004).

Il n'y a pas d'information précise qui a pu être relevé sur des cliniques médicales appartenant au groupe PharmESSOR. Toutefois, à l'instar d'autres bannières partout au Québec, la proximité entre les cliniques médicales et les pharmacies comme Essaim est facilement vérifiable puisque l'on peut en identifier plusieurs du genre partout au Québec (Montréal, Beauceville, Île-Perrot, Kingsey Falls, Cowansville, Waterloo, Prévost, Sainte-Blandine, etc. (C.f. : Sites Web Essaim/OBonsoins/PharmESSOR).

COSTCO

En décembre 2004, la compagnie Costco opérait un réseau de 449 magasins-entrepôts dans 37 États américains et Porto Rico (333 succursales), 9 provinces canadiennes (63 succursales dont 15 au Québec et 22 en Ontario), au Royaume-Uni (15 succursales), en Corée du Sud (5 succursales), à Taïwan (3 succursales propriété à 55%), au Japon (5 succursales) ainsi que 25 entrepôts au Mexico via une « joint venture » propriété de la compagnie à 50% (Costco Wholesale Corporation, *Annual Report*, 2004).

Costco a enregistré un chiffre d'affaires de \$US47 milliards à l'exercice se terminant en août 2004, une hausse de 13% par rapport à l'année 2003 qui totalisait des ventes de \$US41.7 milliards. C'est la cinquième plus grosse compagnie de ventes au détail aux

États-Unis et la onzième plus grande du genre au monde. C'est aussi la 29^e plus grande compagnie selon le classement de Fortune des 500 plus grandes entreprises au monde (Costco Wholesale Corporation, *Annual Report*, 2004 : 2).

En terme de membership, 44 millions de personnes ont une carte Costco contre 24.1 millions de cartes pour la catégorie « famille », 15.6 millions pour la carte « Gold Star », 4.9 millions de cartes de catégories « Affaires » et 3.5 millions de carte « Affaires plus » (Business ad ons). L'entreprise emploie 83 700 personnes aux États-unis et 110 000 autres à travers le monde, à temps plein et à temps partiel (C.f. : Site Web affaires de Costco).

Notons que Costco exploite des pharmacies aux États-unis dans plusieurs de ses magasins. La compagnie utilise aussi le créneau Internet pour vendre des produits pharmaceutiques avec ou sans prescriptions via « Costco.com pharmacy ». Les produits sont donc livrés aux membres partout aux États-unis où la compagnie détient une licence. Costco a des licences de livraison partout aux États-unis, sauf dans les états suivants: Arkansas, Illinois, Louisiane, Michigan, Nebraska et Tennessee. Un médecin doit être licencié aux États-Unis pour délivrer les prescriptions traitées par les pharmacies de Costco, notamment celle en ligne.

Bibliographie

Périodiques spécialisés pour médecins et pharmaciens

ACPM, L'aspect commercial des cliniques médicales, Bulletin d'information, décembre 2004, Vol.19, No 4. (ACPM : Association canadienne de protection médicale)

Gladu, François-Pierre, « Une décennie à oublier », Association des jeunes médecins du Québec (AJMQ), site Web, juin 2004.

Puddester, D. ; Gray, C.; Robertson, C, « Former la génération X: un thème de plus en plus brûlant », Perspectives du Collège royal, Vol.2, No.1, printemps 2005, pp.8-9.

L'actualité médicale

Boulé, Carole, « Pénurie de pharmaciens appréhendée dans cinq ou six hôpitaux », [s.d.], 2004. Internet : https://www.cma.ca/index.cfm/ci_id/10008354/la_id/2.htm (Visité le 16 janvier 2005).

Boulé, Carole; Crépeau, Catherine et Méthot, Denis, « Deux ans de GMF, c'est bien parti », L'actualité médicale, 16 mars 2005, pp.8 à 24.

Capiello, André, « Les pharmaciens propriétaires gagnent plus que les médecins », [s.d.], 2003. Internet : https://www.cma.ca/index.cfm/ci_id/28635/la_id/2.htm (Visité le 16 janvier 2005).

Crépeau, Catherine, « Quels sont les meilleurs modèles de soins de première ligne? », L'actualité médicale, 23 mars 2005, pp.4-5.

David, Frédérique, « Des médecins se prononcent : Croyez-vous possible une véritable collaboration entre médecins et pharmaciens ? », [s.d.], 2004. Internet : https://www.cma.ca/index.cfm/ci_id/10010797/la_id/2.htm (Visité le 16 janvier 2005).

Méthot, Denis, « Loblaw sollicite des médecins à Québec : Une démarche qui va à contre-courant de l'offre de services, affirme le président de l'AMQ », [s.d.], 2004. Internet : https://www.cma.ca/index.cfm/ci_id/10013314/la_id/2.htm (Visité le 16 janvier 2005).

Pellerin, Colette, « Les coopératives de santé: Compétition avec la ministre Boulet ? », 12 janvier, 2005. Internet : https://www.cma.ca/index.cfm/ci_id/10016501/la_id/2.htm (Visité le 16 janvier 2005).

Pellerin, Colette, « Loblaw : Peu de médecins intéressés », [s.d.], 2004. Internet : https://www.cma.ca/index.cfm/ci_id/10013314/la_id/2.htm (Visité le 16 janvier 2005).

Le Médecin du Québec (FMOQ)

Dutil, Renald, « Les activités prioritaires en première ligne », *Le Médecin du Québec*, Vol.37, No.12, décembre 2002, pp.13-14.

Fiore, Francine, « Médicaments, forte hausse des ordonnances! », *Le Médecin du Québec*, Vol. 39, No.6, juin 2004, p.131, p.157, p.159.

Rodrigue, Jean et Savard, Isabelle, « Les médecins omnipraticiens dans les salles d'urgence au Québec », *Le Médecin du Québec*, Vol.37, No.12, décembre 2002, pp.95-101.

Rodrigue, Jean ; Savard, Isabelle; Dubé, Renée et L'Heureux, Michel, « Les cabinets privés d'omnipraticiens sous la loupe », *Le Médecin du Québec*, Vol. 34, No 11, Novembre, 1999, pp.85-89.

Roper, Mark, « Les effectifs médicaux en omnipraticiens, quelques précisions », *Le Médecin du Québec*, Vol. 39, No. 6, juin 2004, pp.111-113.

Savard, Isabelle; Gaucher Stéphanie; Rodrigue, Jean; Dubé, René et Villeneuve, Paul, « Les médecins de famille de nouveau sous la loupe, sondage sur la transformation du réseau et les conditions d'exercice et de rémunération », *Le Médecin du Québec*, Vol.40, No.1, janvier 2005. pp.105-116.

Savard, Isabelle, Rodrigue, Jean, « La planification des effectifs médicaux, une entreprise complexe et rigoureuse », *Le Médecin du Québec*, Vol. 39, No. 6, juin 2004, pp.114-115.

Savard, Isabelle et Rodrigue, Jean, « La pratique professionnelle des médecins de famille au Québec et au Canada, résultats préliminaires d'un sondage pancanadien », *Le Médecin du Québec*, Vol.36, No11, Novembre 2001, pp.103-108.

Savard, Isabelle et Rodrigue, Jean, « L'évolution de la carrière des médecins omnipraticiens », *Le Médecin du Québec*, Vol. 38, No.2, février 2003, pp. 87-103.

Le Collège (Collège des médecins du Québec)

___ « Loyers consentis à des médecins par des pharmaciens : La déontologie au service du public », Vol XLV, No1, Hiver 2005, pp.16-17.

CMQ, «*Les conflits d'intérêts et l'indépendance professionnelle : Nouveaux défis pour l'éthique des médecins* », octobre 2000, 20 p.

Le Praticien (Le premier journal du médecin et du pharmacien)

___ « Médecins et pharmaciens : une histoire de retrouvailles », Vol.2, No1, janvier 2005, pp.23-25.

Lecours, Cécile, « Ordonnances et renouveau législatif », Vol.1, No.1, octobre 2004, pp.42-44.

Nouvelles de la FMOQ (FMOQ)

FMOQ, « La nouvelle entente particulière sur les activités médicales particulières est en vigueur! », *Nouvelles de la FMOQ*, Vol. 23, No. 4, novembre 2003, pp.1-8.

FMOQ, « Activités médicales particulières, les négociations se poursuivent », *Nouvelles de la FMOQ*, Vol, 23, No.3, septembre 2003, pp.1-4.

Ordre des pharmaciens du Québec

OPQ, « Mémoire soutenant l'adoption d'un règlement sur les contrats d'acquisition, d'aliénation et de gestion des pharmacies », présenté à l'Office des professions du Québec, 6 mai 2003, pp. 1-26.

OPQ, « Rapport annuel 2003-2004 », mars 2004, 52 pages.

Québec Pharmacie

Blanchette, Hélène-M., « Là où il est question de loyauté et de professionnalisme... », in, *Québec Pharmacie*, Vol. 51, No. 9, Octobre 2004, p. 751.

Rogers Media

Rapport 2002 sur les tendances en pharmacie, Éditions santé et finances, 61 pages.

Rapport 2003 sur les tendances en pharmacie, Éditions santé et finances, 55 pages.

Rapport 2004 sur les tendances en pharmacie, Éditions santé et finances, 38 pages.

Santé Inc

Damphousse, Isabelle, « La réalité financière des femmes médecins », Numéro de Mars 2005, p. 27-31.

Stratégie (Revue financière du médecin publiée par l'Association médicale canadienne)

Jamison, Rick, « Solutions Pratiques : L'examen du cabinet : un investissement initial qui peut vous épargner beaucoup à long terme », Juin 2003 Vol. 15, No. 6.

Khan, Yawar, « Les cinq meilleures pratiques pour la gestion médicale », Janvier 2003 Vol. 15, No. 1

Stratégie, « Solutions Pratiques : Un médecin d'Ottawa améliore sa position de négociation grâce à MD », Novembre 2004.

Stratégie, « En Pratique : Surmonter des difficultés financières inattendues », Novembre 2004.

Avis, Communiqués, Mémoires

AMQ, « Pratiques commerciales des pharmacies : une menace potentielle pour l'autonomie professionnelle des médecins », Communiqué, 8 octobre 2004.

Charbonneau, Guillaume; Dugré, Yves & Dutil, Renald, « Les médecins en ont assez! », dans le site Internet de la *Fédération des médecins omnipraticiens du Québec*, 6 novembre, 2004, Internet :
<http://www.fmoq.org/AffairesSyndicales/CabinetDuPresident/LettresMedias/Detail.aspx?dId=43> (Visité le 13 décembre 2004).

CMQ – tout document pertinent au sujet et disponible sur le site

FMOQ, « Les médecins omnipraticiens s'inquiètent de certaines affirmations faites par Mme Louise Harel sur les relations médecins-pharmaciens et leur impacts sur l'utilisation des médicaments », Communiqués de Presse, 16 novembre 2004.

FMOQ; FMRQ; FMSQ, « Les médecins en ont assez ! », lettre aux médias, disponible sur les sites Web, novembre 2004.

FMOQ- tout document pertinent au sujet et disponible sur le site

Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, *Les médecins omnipraticiens s'inquiètent de certaines affirmations faites par Mme Louise Harel sur les relations médecins - pharmaciens et leurs impacts sur l'utilisation des médicaments*, Communiqué du mardi 16 novembre, 2004, 1 p.

Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, « Rapport du Comité de la planification et de la régionalisation », novembre 2001, 7 pages

FMRQ- tout document pertinent au sujet et disponible sur le site

FMSQ- tout document pertinent au sujet et disponible sur le site

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), *Les dépenses de santé atteindraient 130 milliards de dollars cette année et les dépenses par habitant, 4 000 \$*, Communiqué, ICIS, 8 Décembre, 2004, 1 p. Internet : www.icis.ca

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), *Bulletin analytique : Dépenses consacrées aux médecins*, ICIS-CIHI, Ottawa, 2004a, 14 p.

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), *Tendances des dépenses nationales de santé 1975 à 2004*, ICIS-CIHI, Ottawa, 2004b, 182 p.

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), *Dépenses en médicaments au Canada 1985-2003*, ICIS-CIHI, Ottawa, 2004c, 156 p.

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), *Les dispensateurs de soins au Canada*, ICIS-CIHI, Ottawa, 2001a, 111 p.

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), *Les médecins en exercice au Canada de 1989-1990 à 1998-1999. Main-d'oeuvre et charge de travail selon les profils de facturation pour les services médicaux*, ICIS-CIHI, Ottawa, 2001b, 48 p.

MSSS, Effectifs Médicaux, Marie Deshaies, mai 2001.

OPQ, « L'Ordre des pharmaciens confirme que les sociétés de pharmaciens seront assujetties au Code de déontologie des pharmaciens », Communiqué, 4 novembre 2003.

OPQ, « Projet de règlement sur l'exercice de la pharmacie en société et projets de modifications de concordance au Code de déontologie des pharmaciens », Communiqué, 8 septembre 2004.

OPQ, « Relation commerciales entre chaînes de pharmacies et groupes de médecins : l'Ordre fait le point », Communiqué, 20 septembre 2004. (Ordre des pharmaciens du Québec, OPQ)

Office des professions du Québec, « Relations médecins-pharmaciens : L'Office des professions donnera son avis au ministre », Communiqué, 5 novembre 2004.

Études et ouvrages

Aaker, D., «Managing Assets and Skills : the Keys to a Sustainable Competitive Advantage», *California Management Review*, 1989

Arrègle, J.-L., « Analyse Resource Based et identification des actifs stratégiques », *Revue française de gestion*, mars-avril-mai, 1996, pp. 25-36.

Diallo, Lamine, « Les médecins entrepreneurs au Québec », *Au chevet*, bulletin de liaison Réseau FRSQ de recherche en éthique clinique, No 50, 2000, pp. 4-18

Filion, L.J., *Vision et relations : clefs du succès de l'entrepreneur*, Éditions de l'entrepreneur, Montréal., 1991, 271 p.

Fournier, Marc-André & Contandriopoulos, André-Pierre, *Caractéristiques des médecins du Québec et de leur pratique selon le temps consacré à leurs activités professionnelles*, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS), Faculté de Médecine, Université de Montréal, Février, 2005, 63 p.

Girard, Jean-Pierre avec la collaboration de Langlois, Geneviève, *Problèmes et solutions au développement des coopératives dans le domaine de la santé*, rapport remis au Conseil de la Coopération du Québec, Lévis, 2004, 118 p.

Girard, Jean-Pierre, «Revolution within Revolution, Québec's experiment with cooperative health care & social service delivery», *Making waves*, Canada's community economic development magazine, Vol. 14, No. 3, 2003, pp. 13-16

Guérard, François, *Histoire de la santé au Québec*, collection Boréal express, Boréal, Montréal, 1996, 124 p.

Jokung-Nguéna, O., Arrègle, J.L., de Rongé, Y., et Ulaga, W., *Introduction au management de la valeur*, Dunod, Paris, 2001

Labrecque, J. et Lesceux, D. «Le commerce de détail : d'un marketing de l'offre à celui de la demande», *Gestion*, Vol.26, No.3, 2001, pp.75-81.

Nantel, J. et Ricard, L., « Les chemins de la performance : l'approche relationnelle et la transformation des entreprises», *Gestion*, Vol.26, No.3, 2001, pp. 45-52

Porter, M. «Strategy and the Internet», *Harvard Business Review*, mars, 2001, pp. 62-78.

St-Onge, J-Claude, *L'envers de la pilule Les dessous de l'industrie pharmaceutique*, Écosociété, Montréal, 2004, 228 p.

Tepper, Joshua, *L'évolution du rôle des médecins de famille au Canada 1992-2001*, ICIS-CIHI, Ottawa, 2004, 92 p.

Documents publics variés

Centre des ressources du Canada du Centre-du-Québec, *Bulletin sur le marché du travail, Centre-du-Québec*, Août 2004.

Comité sectoriel de main-d'œuvre du commerce de détail (CSMOCD), « Cancer du sein chez les jeunes Québécoises - Le comptoir Wal-Mart et la Fondation du cancer du sein du Québec lancent une campagne de sensibilisation », Montréal, 2004, Internet : <http://www.sectorieldetail.qc.ca/neuf/walmart3.asp> (Visité le 2 avril 2005).

Développement des ressources humaines Canada (Centre-du-Québec), « Pharmacie Jean Coutu Saint-Nicéphore », *Bulletin sur le marché du travail Centre-du-Québec*, Août 2004, Internet : http://www150.hrdc-drhc.gc.ca/imt/centre-du-quebec/francais/bul_eve/04aout/bul_eve.html (visité le 12 décembre 2004).

Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ), *L'exercice de la pharmacie au Québec la nécessaire adaptation aux nouvelles réalités du XXIème siècle*, Mémoire présenté au Groupe de travail ministériel sur les professions de la santé et des relations humaines, 6 juin 2001.

Planète Québec, « Unipharm, Une nouvelle bannière dans la pharmacie », Samedi, 03 avril, 2004, Internet : <http://planete.qc.ca/flash/flash-342004-70480.html> (Visité le 2 avril 2005).

Ressources humaines et développement des compétences Canada (RHDC), Information sur le marché du travail - IMT (Québec Métro), Janvier 2005, Internet : http://www150.hrdc-drhc.gc.ca/imt/quebec-metro/francais/bul_eve/05janvier/even-1_f.html (Visité le 2 avril 2005).

Rapports annuels et communiqués d'entreprises

Compagnies Loblaw Limitée (Les...), *Rapport annuel 2004*, 84 p.

Compagnies Loblaw Limitée (Les...), *Rapport aux actionnaires : troisième trimestre 2004*, 27 p.

Compagnies Loblaw Limitée (Les...), *Rapport annuel 2003*, 76 p.

Corporation Shoppers Drug Mart (Pharmaprix au Québec), *Rapport Annuel 2003*, 58 p.

Costco Wholesale Corporation, *Annual Report*, 2004, 53 p.

Groupe Essaim, *ESSAIM et Santé Services Obonsoins fusionnent et créent le Groupe PharmESSOR*, Communiqué de presse, Boucherville, 9 Août, 2004, Internet : <http://www.essaim.ca/PharmEssor/client/fr/ProposNous/Nouvelles.asp?idNews=430> (Visité le 19 mars 2005).

Groupe Jean Coutu (Le...), *Rapport du deuxième trimestre, Périodes de 13 et 26 semaines terminées le 27 novembre 2004*, 40 p. Internet : <http://www.jeancoutu.com/finance/francais/rerelations/informations/pdfTrimestres/2004-2005/trimestre2.pdf> (Visité le 21 mars 2005).

Groupe Jean Coutu (Le...), *Le Groupe Jean Coutu inaugure la deuxième plus grande succursale du réseau!*, Communiqué de presse, 5 février, 2004.

Groupe Jean Coutu (Le...), *Rapport annuel 2003-2004*, Internet : <http://www.jeancoutu.com/finance/francais/rerelations/informations/> (Visité le 12 décembre 2004).

Métro Inc., *Brunet verse un don de 1 million \$ à la Faculté de pharmacie de l'Université Laval*, Communiqué, 26 novembre, 2004, 1 p. Internet : <http://www.metro.ca/client/fr/Corporatif/CentreNouvelles/DetailNouvelle.asp?id=3232&Cat=2085> (Visité le 18 décembre 2004).

Rogers Media, *Rapport 2004 sur les tendances en pharmacie*, Taro Pharmaceuticals, Novopharm Limited, 2004, 38 p.

Rogers Media, *Rapport 2003 sur les tendances en pharmacie*, Taro Pharmaceuticals, McKesson Canada, 2003, 61 p.

Rogers Media, *Rapport 2002 sur les tendances en pharmacie*, Taro Pharmaceuticals, McKesson Canada, 2002, 68 p.

Wal-Mart Stores, *Annual Report*, 2004, 60 p.

Périodiques et quotidiens grand public

Commerce

Bérard, Diane, « La guerre des pharmacies », Vol. 103, No. 8, Septembre 2002, p. 26.

Duhamel, Pierre, « Le régime des soins de santé est-il une vache sacrée? », Vol. 105, No. 9, Septembre 2004, p. 102.

Fontaine, Laurent, « Les pharmaciens sous pression », Vol. 97, N0. 4, Avril 1995, p. 44.

Krol, Ariane, « Sondage exclusif Léger & Léger. Les entreprises les plus admirées des Québécois : Le Groupe Jean Coutu », Vol. 100, No. 4, Avril 1998, p. 12.

L'Actualité

Forand, Claude, « La clinique de demain », Vol. 23 No: 19, 1 décembre, 1998, p. 69.

Le Courrier (Sainte-Hyacinthe)

Collaborateur, « Non incestueux, mais à surveiller », 17 novembre, 2004.

Le Devoir

Cauchy, Clairandrée, « La ministre Boulet encore dans l'embarras », Mardi 2 novembre, 2004, p. A3.

Duguay, Pierre, « Lettres: De difficiles décisions pour le médecin », Jeudi 28 octobre, 2004.

Dutrisac, Robert, « Versement de montants forfaitaires et loyers à rabais PJC, l'ami des médecins. Louise Harel demande au gouvernement d'intervenir pour faire cesser le versement d'avantages illégaux, Vendredi 22 octobre, 2004, p. A4.

Germain, Louis, « Lettres: Proximité et promiscuité », 27 septembre, 2004.

Rioux, Soucy, Louise-Maude, « À la recherche de médecins : Saint-Barthélemy joue le jeu de la grande séduction », Samedi 11 décembre, 2004, p. A1.

Rioux, Soucy, Louise-Maude, « Après la clinique d'urgence privée, l'hôpital privé? Le ministère de la Santé rejette les visées de la clinique MD-Plus », Mercredi 13 octobre, 2004.

Rioux, Soucy, Louise-Maude, « Y a-t-il un médecin dans l'épicerie? Après les pharmacies, les cliniques médicales feront leur entrée dans les supermarchés Loblaw », Vendredi 24 septembre, 2004, p. A3.

Roy, Augustin, « Des médecins propriétaires d'hôpitaux? La gratuité totale des services de santé de base est une grave erreur », Édition du samedi 15 et du dimanche 16 février 2003.

Le Droit

Jury, Pierre, « L'indépendance des médecins », Mercredi 22 septembre, 2004, p. 24.

Larocque, Sylvain, « Thurso convainc ses deux médecins de ne pas partir », Jeudi 18 juillet, 2002, p. 4.

Laurin, Renée, « Fatigués d'attendre un miracle, ils prennent leur santé en main », Mercredi 29 mai 2002, p. 2.

Soucy, Yves, « Thurso achète l'édifice de la clinique médicale », Samedi 14 septembre, 2002, p. 24.

La Presse et La Presse Affaires

Baril, Hélène, « Loyers aux médecins: une bonne stratégie selon Jean Coutu », *La Presse Affaires*, Mercredi 27 octobre, 2004, p. 2.

Bérubé, Nicolas, « Nombre insuffisant de prescriptions. La pharmacienne poursuit le médecin », 14 octobre, 2004.

Bérubé, Nicolas, « Incapable de suivre," vendez votre clinique". Un médecin affirme avoir reçu ce conseil du président du Collège des médecins », Mercredi 13 octobre, 2004, p. A3.

Bérubé, Nicolas, « Une pharmacie poursuit une clinique pour perte de profits », Jeudi 14 octobre, 2004, p. 17.

Cadieux, Normand, « Une chasse aux sorcières? Loyers préférentiels consentis aux médecins: une mise au point s'impose », Jeudi 11 novembre, 2004, p. A19.

Cloutier, Laurier, « Essaim et Obonsoins votent sur leur fusion », *La Presse Affaires*, Jeudi 5 août, 2004, p. 4.

Dagenais, Michel, « Un réflexe de survie. Sans entente avec PJC, notre centre médical n'existerait peut-être même pas », Mardi 21 septembre, 2004, p. A19.

Lafrance, Annie (Le Soleil), « Wal-Mart dit non aux cliniques médicales », Samedi 16 octobre, 2004, p. A15.

Lessard, Denis, « Pharmacie à Saint-Tite. Enquête sur l'ancienne ministre Julie Boulet », Cyberpresse, Internet :
<http://www.cyberpresse.ca/actualites/article/1,63,0,112004,830923.shtml> (Visité le 13 décembre 2004).

Noël, André, « Loyers de faveur offerts par des pharmaciens aux médecins : Il y a apparence de conflit d'intérêts. Le directeur des services juridiques du Collège des médecins contredit les propos du président Yves Lamontagne », Vendredi 8 octobre, 2004, p. A5.

Noël, André, « Loyers de faveur aux médecins : Apparence de conflit d'intérêts », 8 octobre, 2004, Internet :
<http://www.cyberpresse.ca/actualites/article/1,63,0,102004,811076.shtml> (Visité le 28 novembre 2004).

Noël, André, « Loyers de faveur offerts par des pharmaciens aux médecins. Le Dr Lamontagne n'a pas toujours nié qu'il y ait conflit d'intérêts », Jeudi 7 octobre, 2004, p. A3.

Noël, André, « Médecins courtisés par les chaînes de pharmacies. Le Ministère s'en remet au Collège des médecins », Mardi 21 septembre, 2004, p. A5.

Noël, André, « Les pharmacies soignent les médecins. "Je refuse de me "laisser acheter" », Lundi 20 septembre, 2004, p. A3.

La Tribune

____ « Clinique santé hebdomadaire », Annonce publicitaire, Sherbrooke, Jeudi 31 mars, 2005.

Le Reflet (Delson)

Gingras, Hélène, « Un médecin de Saint-Constant dénonce le contrôle des pharmacies », 25 septembre, 2004.

Le Soleil

Baril, Hélène (La Presse), « Loyers de faveur, Jean Coutu poursuivra sa stratégie », Mercredi 27 octobre, 2004, p. A5.

Bédard, Daphné, « Au tour de Loblaw d'offrir le gîte aux médecins », Jeudi 23 septembre, 2004, p. A1.

Dubuc, Alain, « Mais où est donc le problème ? », Mercredi 22 septembre, 2004, p. A16.

Lafrance, Annie, « Wal-Mart ne veut pas de cliniques médicales. Les autres commerçants vont de l'avant », Samedi 16 octobre, 2004, p. A1.

Lafrance, Annie, « La coopérative, une alternative aux cliniques médicales », Samedi 16 octobre, 2004, p. A4.

Moisan, Mylène, « Cadeaux aux médecins. Québec pourrait donner sa bénédiction », Cyberpresse, Internet : <http://www.cyberpresse.ca> (Visité le 13 décembre 2004).

Noël, André (La Presse), « Loyers à rabais aux médecins dans les pharmacies. En 2003, le Dr Yves Lamontagne estimait que la pratique posait un problème », Jeudi 7 octobre, 2004, p. A4.

Noël, André (La Presse), « Loyer de faveur des pharmacies. Le ministère s'en remet au Collège des médecins », Mardi 21 septembre, 2004, p. A13.

Noël, André (La Presse), « Le groupe Jean Coutu offre 500 000 \$ à un omnipraticien. La chaîne de pharmacies veut attirer les médecins dans ses locaux », Lundi 20 septembre, 2004, p. A11.

Pelchat, Pierre, « La réingénierie de l'État passe par les coops, affirme Alban D'Amours », Vendredi 17 octobre, 2003.

Ricard-Châtelain, Baptiste, « Incorporation des médecins. Québec veut éviter toute association avec des pharmaciens », Mercredi 27 octobre, 2004, p. A5.

Ricard-Châtelain, Baptiste, « Partenariats médecins-pharmaciens : "Ça met en cause l'ordre public". La députée péquiste Louise Harel réclame une enquête », Vendredi 22 octobre, 2004, p. A1.

Ricard-Châtelain, Baptiste, « Les offres de bail faites par des pharmacies aux médecins inquiètent. Le Dr Paul Clifford Blais se demande si cette nouvelle pratique peut influencer la façon dont les toubibs font leurs prescriptions », Samedi 17 juillet, 2004, p. A4.

Ricard-Châtelain, Baptiste, « On trouve de tout... même une clinique. Le voisinage médecins-pharmaciens suscite des inquiétudes », Jeudi 15 juillet, 2004, p. A1.

Vastel, Michel, « La grande séductrice de Saint-Tite », Jeudi 16 décembre, 2004, p. A17.

Les Affaires

Bourassa, Martin, « Un médecin au bout de la souris... pour 25 \$ ou moins ! Certains de ces services sont gratuits en clinique ou en pharmacie », Samedi 15 juin, 2002, p. 9.

Dansereau, Suzanne, « Santé : oui aux deux vitesses, mais avec une réglementation », Samedi 30 novembre, 2002, p. 9.

Dubuc, André, « Les retraités de demain chambarderont le marché résidentiel : Les baby-boomers voudront des infrastructures technologiques et du service à domicile », Samedi 19 février, 2000, p. 107.

Froment, Dominique, « Avant tout, servir les aînés. L'actif du Réseau Sélection atteindrait 200 M\$ dans un an », Samedi 1 novembre, 2003, p. 27.

Froment, Dominique, « La tournée des régions du Québec: Mauricie. Une douzaine de nouvelles coops voient le jour chaque année », Samedi 27 avril, 2002, p. 58.

Froment, Dominique, « Le projet de clinique médicale à Sainte-Julie est mort », Samedi 19 février, 2000, p. 12.

Giguère, Catherine, « La tournée des régions du Québec: Lanaudière. Les coopératives participent à la croissance de la région. Un partenariat de 12 M\$ est élaboré entre une coop traditionnelle de producteurs et l'entreprise privée », Samedi 23 mars, 2002, p. 52.

Giguère, Catherine, « La tournée des régions du Québec: Lanaudière. Promouvoir son identité économique est une priorité », Samedi 23 mars, 2002, p. 47.

Lemieux, Sylvie, « La tournée des régions du Québec: Estrie. La coopération au secours des populations rurales. La région, un des berceaux du mouvement coopératif, regroupe tous les types de coopératives », Samedi 2 mars, 2002, p. 40.

Prince, Raymond, « Groupe Jean Coutu: 35 M\$ investis dans des immeubles en région », Samedi 13 octobre, 1990, p. B5.

Les Affaires Plus

Sormany, Pierre, « La médecine privatisée », Vol. 15, No. 7, Septembre 1992, p. 18.

L'InfoNet

Allard, Mireille, « Investissement de 4 millions. Un nouveau complexe médical et commercial verra le jour à Blainville », Internet :
<http://www.linfo.net.com/articles/nordinfo/010127/art5/> (Visité le 12 décembre 2004).

L'Information de Sainte-Julie

Mahradly, Saïd, « Le docteur Michel Dagenais se dit confortable dans l'entente qui le lie au Groupe Jean-Coutu. Les relations intéressées entre les médecins et les pharmacies », 2 octobre, 2004.

Stratégie

Stratégie, « Solutions Pratiques : Des médecins avant-gardistes s'attaquent à la pénurie de médecins dans leur collectivité », Août 2004.

Stratégie, « Solutions Pratiques : Un cabinet de Calgary profite d'un mode de rémunération différent », Mai 2004.

Canadian Health Technology

Gersohn, Karen, « Healthscreen opens medical clinics in Loblaw outlets », Juillet 2004, Internet: <http://www.canhealth.com/News064.html> (Visité le 16 décembre 2004).

Canadian News Wire (CNW)

CNW (Telbec), « Groupe Jean Coutu accroît ses profits de 11% », 14 octobre, 2003.

Telegram (St-John's, Nfld)

Livingston, Gillian, « Loblaw pulls out medical bag: Two big new supermarkets add clinics », Nov 14, 2002. p. D.4.

The Daily News (Halifax)

Dooley, Richard, « Practice among produce: Atlantic Superstores 'good locations' for new medical clinics », Jul 24, 2001, p. 4.

The Gazette

Derfel, Aaron, « Montreal leads the country in offering private health care », February 12, 2005, p. A1 & A3.

Derfel, Aaron, « Ottawa policies Alberta and B.C. more tightly the Quebec », February 12, 2005, p. A4.

Derfel, Aaron, « How the system works », February 12, 2005, p. A4.

The Guardian (Charlottetown)

Stewart, David, « New wing on pharmacy would house physicians: Owner Ray Murphy says intention is for medical students to do resident training at clinic », Jan 23, 2004, p. A4.

The Ottawa Citizen

Staples, Sarah (with files from Joanne Laucius), « Medical clinics: Coming to a grocery store near you », Nov 14, 2002, p. A1.

The Province (Vancouver)

The Province, « Retailing: Medics added to market menu », Nov 14, 2002, p. A44.

The Vancouver Sun

Livingston, Gillian, « Loblaw puts medical clinic near its pharmacy: Officials say new stores will be virtual local hospitals », Nov 14, 2002, p. D14.

Médias Télévisuels

LCN, « Industrie pharmaceutique. Des pharmaciens propriétaires bien gâtés », Mise à jour du 10 décembre 2004, 20h08, Internet :
<http://lcn.canoe.com/lcn/infos/national/archives/2004/12/20041210-200812.html>
(Visité le 13 décembre 2004).

Société Radio-Canada, « Pas de plainte contre Julie Boulet », Mise à jour le jeudi 23 décembre 2004, 8 h 35, Internet :
<http://www.radio-canada.ca/url.asp?nouvelles/Politique/nouvelles/200412/22/003-boulet-syndic-rb.shtml> (Visité le 23 décembre 2004).

Société Radio-Canada (Saguenay), « Médecins et pharmaciens : une enquête souhaitable », Mise à jour le lundi 15 novembre 2004, 10 h 09, Internet :
<http://radiocanada.ca/regions/saguenay-lac/nouvelles/200411/14/002-medecins-pharmaciens.shtml> (Visité le 28 novembre 2004).

Société Radio-Canada, « Poursuivie pour ne pas prescrire suffisamment », Mise à jour le jeudi 14 octobre, 2004 à 9 h 50, Internet :
<http://www.radio-canada.ca/nouvelles/Index/nouvelles/200410/14/002-pharmacie-poursuite.shtml> (Visité le 28 novembre 2004).

Société Radio-Canada, *Des cliniques médicales dans les supermarchés Loblaw*, Mise à jour le jeudi 23 septembre 2004 à 23 h 15, Internet :
<http://radio-canada.ca/nouvelles/Index/nouvelles/200409/23/004-Loblaw-clinique-medecin.shtml> (Visité le 13 décembre 2004).

Sites Internet (Visités entre le 12 décembre 2004 et le 2 avril 2005)

ACNielsen
www.acnielsen.ca

ACNielsen est une entreprise du groupe VNU (www.vnu.com) qui offre des études de marché, des informations, des analyses et des insights sur plusieurs industries du monde entier.

Association des médecins de langue française du Canada (AMLFC)
www.amlfc.com

Association médicale canadienne
www.amc.ca

Association québécoise des pharmaciens propriétaires
www.aqpp.qc.ca

Aujourd'hui La Santé
www.sante.qc.ca

Canadian Healthcare Technology
www.canhealth.com

Compagnies Loblaw Limitée (Les...)
www.Loblaw.ca
www.loblaw.com

Conseil médical du Québec
www.cmed.gouv.qc.ca

Costco Wholesale Corporation
<http://phx.corporate-ir.net>
www.costco.com

Cyberpresse
www.cyberpresse.ca

Drugstore Pharmacy (Loblaw)
www.drugstorepharmacy.ca

Familiprix
www.familiprix.com

Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ)
www.fmoq.org

Groupe Jean Coutu
www.jeancoutu.com

Health Affairs (Policy Journal of the Health Sphere)
www.healthaffairs.org

IMS Health Canada
www.imshealthcanada.com

Institut Canadien d'Information sur la Santé (ICIS)
www.icis.ca

Institut de recherche en politiques publiques (IRPP)
www.irpp.org

Institut National de la Santé publique du Québec
www.inspq.qc.ca

Journal du pharmacien (Actualité de la pharmacie)
www.journaldupharmacien.com

L'Actualité
www.lactualite.com

Le Devoir
www.ledevoir.com

Les Affaires
www.lesaffaires.com

Les Compagnies de recherche pharmaceutique du Canada (Rx&D)
www.canadapharma.org
Métro inc.
www.metro.ca

Ordre des pharmaciens du Québec
www.opq.org

Pharmacie Brunet
www.brunet.ca

Pharmaprix et Shoppers Drug Mart
www.pharmaprix.ca
www.shoppersdrugmart.ca

PharmESSOR (Essaim/Obonsoins)
www.pharmessor.ca
www.essaim.ca
www.obonsoins.com

Primacy
www.primacy.ca

Provigo
www.provigo.ca

Québec Pharmacie
www.quebecpharmacie.org

Régie de l'assurance maladie du Québec
www.ramq.qc.ca

The Healthline (Health services in London and Middlesex, Ontario)
www.thehealthline.ca

Uniprix/UniClinique
www.uniprix.com

Wal-Mart Stores
www.walmartstores.com

Bases de données

Biblio Branchée (via Services bibliothécaires universitaires)
Base de données (Eureka) de Journaux, Revues et Publications d'affaires ou d'intérêt général
www.biblio.eureka.cc

Canada News Wire (CNW)
www.cnw.ca

Canadian Newstand Major Daylies
PROQUEST (via Services bibliothèques universitaires)
www.proquest.com

Cyberpresse (Archives)
www.cyberpresse.ca/archives/

Health Affairs (Policy Journal of the Health Sphere)
www.healthaffairs.org

Institut Canadien d'Information sur la Santé (ICIS)
Regroupe plusieurs banques de données sur la santé
www.icis.ca

MD Management
Dont la Revue Stratégie/Strategy (Revue financière du médecin de la *Canadian Medical Association*)
<http://mdm.ca>

Pharmactuel
Revue de la pratique pharmaceutique en établissement de santé au Québec (Association des pharmaciens des établissements de santé au Québec).
www.pharmactuel.com