

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

Par Franklin Assoumou Ndong, Jean-Pierre Girard et Josée Ménard
Avec la collaboration de Martine Vézina
Mars 2005, 82 pages incluant annexes et tableaux

Table des matières

1. Mandat
2. Méthodologie de recherche
3. Nature, étendue et pratiques du modèle d'affaires « grandes surfaces »
4. Potentiel et limite d'implantation du modèle d'affaires

Conclusion

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 de famille 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.

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.