

LA PLACE DES MÉDECINS DANS LES PROJETS DE COOPÉRATIVES DE SANTÉ**

Depuis toujours la médecine est une profession de service qui se préoccupe des membres les plus vulnérables et les plus faibles de la société, les malades et les handicapés.

L'ennui, comme l'écrivait Aldous Huxley (1894-1963) c'est qu'aujourd'hui «La médecine a fait tant de progrès que plus personne n'est en santé». Comme dans son célèbre roman *Le meilleur des mondes*, notre société actuelle vit à l'ère de l'obsession de la santé parfaite et du bonheur obligatoire, instantané et perpétuel. Et l'industrie pharmaceutique s'évertue à nous offrir un remède pour chacun des événements difficiles de notre vie.

Obsédé par sa santé physique et mentale, le citoyen vit dans l'incertitude qu'entraîne l'obligation de performance. Performance au travail, aux loisirs de sports extrêmes, dans la vie familiale comme amant, comme parent-éducateur et comme pourvoyeur. Et les exigences du monde du travail ne sont pas toujours conciliables avec celles de la vie familiale.

* Médecin, directeur médical, Coop santé Aylmer

** Forum d'échange sur les cliniques coopératives santé, colloque organisé par le comité santé, Conseil de la coopération du Québec, 27 avril 2007.

En conséquence de tout cela, au moindre signe de défaillance on s'adresse aux experts. Psychiatres, psychologues, médecins et thérapeutes de toutes sortes sont de plus en plus sollicités pour survivre aux stress de la vie quotidienne. Et en plus, il faut bien prendre soin de ses petits bobos et de ses maladies! (Inspiré de la revue *Notre-Dame*, vol.105, no 3, mars 2007).

Considérant la pénurie actuelle de ressources, comment la médecine peut-elle définir son rôle et la limite de son action face à toutes ces demandes?

À ce jour, le réseau public d'institutions de soins de santé et de service sociaux n'a pas fait preuve de la souplesse requise pour parvenir à ses fins, c'est-à-dire de pourvoir aux besoins de soins de santé et services sociaux pour la population du Québec dans des délais et à des coûts raisonnables.

L'État reconnaît de plus en plus ouvertement qu'il n'y parvient plus et que son système provoquera l'effondrement de ses ressources financières. Récemment, en réponse au jugement de la Cour suprême dans l'affaire Chaouli, le projet de loi 33 entend même systématiser la sous-traitance de certaines chirurgies par le recours à des médecins hors-régie, dans des hôpitaux privés, pour les citoyens les mieux nantis.

Au cours des ans, l'hôpital public est devenu le gestionnaire des listes d'attente. Deviendra-t-il le gestionnaire de la sous-traitance pour citoyens fortunés? Malheureusement l'évolution de la démographie médicale, le vieillissement de la population et la vision monochrome technocratique de l'organisation actuelle du réseau public de la santé ne laissent entrevoir que peu de lueurs d'espoir à l'horizon. La diversité des problématiques pousse cependant à en finir

avec un modèle d'organisation unique pour aller vers une plus grande autonomie des communautés dans la formulation de projets et de modes d'opération adaptés aux besoins de chaque milieu.

Le développement des cliniques coopératives de santé constitue une approche nouvelle dans l'organisation des soins et par ce moyen les citoyens peuvent espérer reprendre la gouverne de leurs services de santé de première ligne. Par l'établissement de partenariats avec les professionnels les coopératives de soin de santé peuvent espérer mieux répondre aux besoins de leur communauté.

Participation des médecins dans les cliniques coopératives de santé

Dans une clinique coopérative de santé, le rôle et la place du médecin sera conditionné par la nature de l'organisation à laquelle il participe.

Dans certaines petites communautés isolées, la présence d'un médecin à temps plein est difficilement justifiable, considérant la pénurie actuelle de médecins (exemple: St-Élie de Caxton, Ste-Thècle). De plus l'activité professionnelle d'un médecin visiteur itinérant peut même y être insuffisante pour supporter les frais d'exploitation d'un cabinet de consultation médicale. Dans ces circonstances il appartiendra à la communauté de se mobiliser pour obtenir des conditions d'exercice acceptables, soit par des pressions auprès des autorités administratives de la santé, ou soit par la prise en charge par la communauté. Dans les communautés plus peuplées, aptes à occuper plusieurs médecins, les médecins peuvent être locataires d'espaces à bureau dans une coopérative. Les médecins y exploitent alors une clinique privée traditionnelle. Ils sont propriétaires de leurs équi-

pements et autonomes quant à la conduite de leur cabinet de consultation. Leur relation à l'organisation coopérative est celle d'un locataire envers son propriétaire et l'administration de la clinique est indépendante de la coopérative.

La communauté y trouve un accès à la consultation médicale comme dans toute clinique traditionnelle mais elle n'a pas d'autre forme de participation aux services.

Récemment un nouveau modèle de collaboration se développe dans les coopératives de solidarité.

Ici, le médecin est partenaire de la coopérative. Dans ce cas la gestion de la clinique peut être autonome et ne concerner que les médecins ou être intégrée à la coopérative. C'est le cas à Aylmer où non seulement le bâtiment mais également la clinique médicale et tous ses équipements appartiennent à la COOP et sont gérés par elle.

La gestion y est intégrée de la façon suivante: les médecins assument la responsabilité de la direction médicale et la COOP assume la direction administrative.

Cette direction bicéphale permet aux médecins d'être libérés de la gestion des affaires courantes de la clinique (facturation médicale, comptabilité, gestion du personnel, gestion des stocks, relations avec les autres locataires, etc.). Les médecins peuvent ainsi mieux se consacrer aux soins des patients.

La direction médicale consiste à déterminer les horaires de travail et la distribution des tâches entre les médecins du groupe, établir les règles de procédures à l'urgence de la clinique et superviser le travail clinique du personnel infirmier et des préposés à l'accueil.

La direction médicale est assumée par un des médecins, représentant de ses collègues et conseiller professionnel auprès du conseil d'administration. Par choix, le directeur médical n'est pas membre du conseil d'administration et il n'assiste aux réunions du conseil que lorsqu'il y est invité à titre de conseiller. Nous voulions éviter que la Coop soit perçue comme étant «l'affaire des docteurs».

La direction administrative assumée par le conseil d'administration ne se limite pas uniquement à l'administration générale de la clinique. Elle comprend également les relations entre la COOP et les autorités locales et régionales de la santé et de la municipalité. C'est par son conseil d'administration que la COOP occupe une position privilégiée et exerce une représentation politique réelle de ses membres.

Ce partenariat administratif entre les médecins et la COOP a permis la création d'un comité de recrutement de médecins très dynamique et le développement d'une sensibilité plus grande des médecins envers les besoins de la communauté. De plus en plus la pratique médicale s'enrichit par le développement d'un volet d'actions communautaires préventives et éducatives qui n'étaient pas possibles auparavant.

Par exemple, la COOP a inauguré une clinique de santé féminine qui s'adresse à la population féminine adulte sans médecin de famille mais nécessitant un suivi pour la contraception, le dépistage des maladies transmises sexuellement ou le dépistage du cancer utérin. La COOP a soutenu la formation spécifique d'une infirmière apte à effectuer les divers prélèvements et habilitée à l'éducation contraceptive. En six mois, déjà quatre cas de lésions précancéreuses du col utérin ont été détectées chez des personnes qui n'avaient pas accès à un médecin de famille.

La COOP a instauré un programme d'accueil à nos immigrants. L'objectif en est de faciliter leur intégration à la société locale et améliorer leur santé par des ateliers d'initiation à la vie dans notre milieu, d'information et d'éducation sur la santé, la nutrition et les services disponibles aux nouveaux arrivants. Le premier groupe fonctionne depuis plus d'un an et s'adresse à la communauté d'origine hispano-américaine. Le second, pour la communauté d'origine africaine d'expression française vient tout juste de naître.

Le volet éducation-prévention comporte également l'organisation d'ateliers éducatifs. Déjà deux ateliers d'éducation sur la santé des seins et sur la ménopause ont attiré beaucoup de participation et les membres de la COOP se sont révélés des bénévoles généreux dans l'organisation de ces événements, ce qui est de bon augure pour les projets futurs.

La COOP entend poursuivre cette action par la formation de groupes de coopérants concernés par des problématiques communes, tel un club de diabète, un club d'hypertension, etc. Des ateliers pratiques aideront les personnes concernées à devenir des partenaires actifs au traitement de leur condition et à la prévention des complications de leur maladie.

L'implication de la COOP dans la vie de la communauté a permis l'établissement d'un partenariat avec la Fondation des soins de santé d'Aylmer, organisme de bienfaisance indépendant voué à l'amélioration des soins de santé. Ce partenariat se révèle une source appréciable de financement qui a permis de moderniser le plateau technique disponible à la clinique de la COOP.

Tous ces facteurs ont donné à notre communauté un sens des responsabilités envers ses services de santé. Ils donnent également aux médecins un sens d'appartenance et un mes-

sage de solidarité communautaire. Cela est très rassurant quand on considère la précarité de la survie des cliniques médicales de quartier des dernières années.

Ce que le médecin retrouve dans une coopérative c'est un partenariat avec la communauté où tous sont gagnants, tant les médecins que la communauté. Pour le médecin, il est plus désirable d'être partenaire de sa communauté que mercenaire d'une pharmacie.

L'établissement de partenariats semblables dans d'autres communautés pourrait assurer la survie des quelque 800 cliniques de quartier qui résistent encore à l'assaut des forces responsables de la disparition du tiers des cliniques depuis cinq ans.

La possession de ce patrimoine de cliniques médicales à l'abri de la cupidité et de la convoitise du commerce et son développement par les communautés, en fonction de leurs besoins, sont un gage de la pertinence de l'approche coopérative dans le domaine de la santé.

Chacun dans son village et sa ville doit se reconnaître une responsabilité vis-à-vis sa communauté et le maintien de services de santé accessibles à tous.

Y a-t-il un risque de surenchère et de compétition entre les communautés à la recherche de médecins ?

Bien sûr que oui, et cette surenchère existe déjà depuis longtemps. Des données récentes montrent que plus de 1500 médecins travaillent dans des cliniques possédées et opérées par des groupes d'affaires, principalement des chaînes de pharmacies et des commerces grandes surfaces. Cela s'est produit par nécessité et ce sont les conditions actuelles de

faible rentabilité des cliniques médicales qui ont permis aux milieux d'affaires d'avoir tant d'influence sur la répartition des effectifs médicaux.

De là l'importance des coopératives pour contrer ce mouvement de marchandisation de la médecine et faire en sorte que les cliniques médicales soient vouées aux intérêts des communautés plutôt qu'à celui des commerces grandes surfaces. □

20 mars 2007