

## LES COOPÉRATIVES DE SERVICES DE SANTÉ: DÉSORMAIS PLUS QU'UNE HYPOTHÈSE!

Il y a exactement 10 ans, en ces pages de *L'Action nationale*, sous le titre « Réorganisation du système de santé: sur le sentier des entreprises collectives », je formulais l'hypothèse «coop de santé». Entre un modèle de clinique publique de type CLSC et un autre privé, généralement propriété des médecins y pratiquant, il me semblait y avoir l'espace pour un troisième joueur porté par une dynamique différente des deux premiers. La coop de santé, une entreprise qui appartient aux gens du milieu, qui laisse aussi aux citoyens un rôle central dans la gouverne de l'organisation et qui se donne comme critère de réussite de satisfaire les besoins de la communauté plutôt que de répondre au seul impératif du rendement financier. Une formule tout indiquée pour améliorer un système de santé réputé plutôt lent à changer et peu orienté vers la réponse sur mesure aux attentes du milieu. Une formule sensible à une approche globale de santé, proposant des activités en prévention donc ouverte à des actions portant sur le moyen et le long terme.

Quoique séduisante, je savais le terrain plus ou moins propice à cette hypothèse coopérative du moins auprès de certains groupes d'acteurs.

---

\* Chercheur associé IRECUS, Université de Sherbrooke

L'année précédente, dans le cadre de travaux menant au Sommet sur l'économie et l'emploi d'octobre 1996, par ma présence au groupe de travail du Chantier de l'économie sociale, j'avais pu mesurer la farouche résistance à cette idée, particulièrement auprès des «partenaires» de la famille syndicale.

L'argument choc pour s'y opposer sans appel: le risque de substitution d'emploi. En d'autres mots, que le déploiement de coopératives de santé entraîne un glissement d'emplois du réseau public (CLSC) vers un réseau coopératif en émergence provoquant ainsi une détérioration des conditions de travail.

Ce risque ne me semblait pas fondé pour au moins deux raisons: le réseau des CLSC n'était plus en expansion et par ailleurs, au même moment, un sondage réalisé en collaboration avec l'UMRCQ auprès des municipalités comptant de 1000 à 10000 citoyens révélait des carences dans l'offre de services de santé de première ligne. Quelque 125 municipalités étaient alors dépourvues de ces services dans un rayon de huit kilomètres ou plus, les régions du Centre du Québec (Mauricie Bois-Francs) et de la Montérégie étant les plus affectées. En somme, il me semblait y avoir place pour un processus de communautarisation de services de santé non sur le dos des CLSC, mais plutôt du côté du privé.

En 2007, force est de constater que sur ce sujet, les «partenaires» syndicaux et dans une certaine mesure, les deux partis politiques québécois qui se sont alors identifiés à cette position de non-reconnaissance des coopératives de santé (PLQ et PQ), se sont franchement trompés de cibles. Outre les AMP, PRO, GMF et autres initiatives étatiques du même acabit, le renouvellement du système de santé de première ligne a été conduit subrepticement et en toute quiétude -- du moins jus-

qu'à tout récemment, par de grandes surfaces commerciales. Avec des collègues, j'ai documenté en détail le développement de ce nouveau modèle d'affaires : de grandes chaînes de pharmacies ou d'épiceries se sont lancées dans la propriété et la gestion de cliniques comptant parfois plus d'une dizaine de disciples d'Esculape. Des données non complètes colligées en 2004 révélaient qu'une seule de ces chaînes de pharmacies compterait au sein de ses cliniques plus de 15 % des omnipraticiens du Québec. Outre l'argument que ce couple pharmacie-clinique s'avère fort pratique pour le consommateur en vue de gagner du temps, ce modèle ne va pas sans provoquer de nombreux effets pervers peu relevés par les analystes du système de santé notamment, par la concentration des effectifs médicaux en zone urbaine ou semi-urbaine, un impact destructeur sur de petites communautés. Il se base aussi essentiellement sur un concept de clinique sans rendez-vous, une approche éloignée de la prise en charge.

Heureusement, ce mouvement aussi puissant soit il n'a pu freiner l'engagement d'acteurs de la société civile dans le périlleux, mais stimulant sentier de la fondation d'une coopérative de santé. En fait, comme en témoignent les diverses contributions de ce dossier, que de chemin parcouru en dix ans ! Un chemin d'autant remarquable qu'il est sous le sceau de l'innovation, et ce, à plus d'un égard ! Innovation dans le montage financier des projets, dans les partenaires associés, dans les modes de collaboration avec les organismes publics et les médecins, dans les services offerts, par exemple, en s'ouvrant à des programmes de prévention ou encore en intégrant une résidence pour personnes en légère perte d'autonomie. Mais ne nous y trompons pas, ce sentier de l'innovation se caractérise par l'essai et l'erreur et aussi par des blocages institutionnels voire, culturels. À terme, tel que

1 [http://www.ircm.qc.ca/bioethique/francais/quoideneuf/cliniques\\_rapport\\_2005.pdf](http://www.ircm.qc.ca/bioethique/francais/quoideneuf/cliniques_rapport_2005.pdf)

je le rapporte dans un ouvrage récent<sup>2</sup>, cela peut vouloir dire la cessation du projet! Ainsi, un beau projet conciliant une clinique médicale d'urgence, des espaces locatifs réservés à un point de service d'un CLSC et une soixantaine d'unités d'hébergement CHSLD aurait pu voir le jour il y a quelques années dans un cadre coopératif à Saint-Jean-de-Matha. Conjoncture politique défavorable, manque d'ouverture à la régie de la santé, le projet, du moins dans sa tenure coopérative, est resté à l'état papier!

Horizon 2017 que sera la formule coopérative de santé? Bien malin qui pourrait y répondre. Par contre, il ne fait pas de doute que le terrain de l'expérimentation n'a pas fini d'être fréquenté. Bien que peu évoqué dans ce dossier, on pourrait imaginer des complexes coopératifs, incluant clinique, résidence pour personnes âgées et l'intégration d'un volet services à domicile. Une idée forte me semble celle que la coopérative devrait s'inscrire dans la promotion d'une approche globale de la santé, soit l'intégration du curatif et du préventif, la présence de médecines douces, l'ouverture à une pratique multidisciplinaire. On pourrait aussi penser à une exploitation plus poussée du potentiel de la formule coopérative de solidarité, deux, trois voire quatre catégories de membres incluant une présence plus forte d'organismes du milieu dans le groupe des membres de soutien. De plus, rien n'interdit d'entrevoir que la coopérative de santé puisse s'enraciner en milieu universitaire, jumelant ainsi formation de professionnels de la santé, médecins infirmières et autres et offre de services de santé<sup>3</sup>. Dans tous les

2 Girard Jean-Pierre (2006) *Notre système de santé autrement: L'engagement citoyen par les coopératives*, Montréal, BLG

3 Au moment d'écrire ces lignes, en écho à un appel lancé par le recteur de l'Université de Sherbrooke, membres du personnel et étudiants de cette institution sont associés dans la fondation d'une telle coopérative:

[http://www.usherbrooke.ca/accueil/direction/allocutions/2006/forum\\_cooperation-060314.html](http://www.usherbrooke.ca/accueil/direction/allocutions/2006/forum_cooperation-060314.html)

cas, les promoteurs ne devront pas perdre de vue que dans un domaine aussi sensible que la santé la coopérative ne doit pas être le véhicule qui conduira en douce à quelques formes que ce soit de privatisation. Le devoir de mémoire exige de se rappeler ce qu'était notre système de santé avant la Révolution tranquille et la coopérative ne doit pas être le véhicule dans lequel les passagers se feront dire «avancer par en arrière!» La question des baux de faveur allouées par des pharmaciens et autres grandes corporations de ce monde à des médecins devra aussi faire l'objet d'une réglementation, un peu comme le souhaitait le projet de Loi 54 mort au feuillet avec le déclenchement des élections. On pourrait en profiter pour autoriser la possession de pharmacies par des entreprises collectives, coopératives ou autres. Le Québec n'autorisant pas ce type de pratique alors que, par exemple, les pharmacies sociales représentent plus de 10 % du marché en Belgique.

En ce sens, après plus d'une décennie de développement et des projets qui cognent à la porte en de multiples endroits au Québec, en ce printemps 2007, on peut se réjouir de retrouver désormais dans les programmes d'au moins deux partis politiques l'ADQ et le Parti Vert, une référence explicite à la pertinence de soutenir les coopératives de santé. Par contre, on ne peut et ne doit faire l'économie de bien comprendre la portée de ces engagements. La coopérative de santé est-elle vectrice de progrès social ou une stratégie facilitant la pénétration à plus large échelle du privé? Enfin, si le soutien au développement de ces coopératives est souhaitable – un soutien qui n'est pas nécessairement financier, mais peut prendre diverses formes, il faudrait que l'État résiste à la tentation d'une intervention paternaliste ce qui ne rime pas avec partenariat et porterait nuisance à la créativité en cours. □