

Coopératives de santé au Québec

par Jean-Pierre Girard

15 ans de cheminement, d'adaptation, d'apprentissage

Le résultat est impressionnant : en une quinzaine d'années, plus de cinquante coopératives de services de santé ont vu le jour au Québec dont environ une quarantaine sont en activité. L'expérience ne se limite plus à quelques cas isolés essentiellement en milieu rural ou en région, mais essaime aussi en milieu urbain. Qu'on le veuille ou non, les coopératives de services de santé ne sont plus un accident de parcours comme on le disait à la fin des années 1990, mais s'inscrivent comme constituante du réseau de la santé. Il est intéressant de regarder le chemin parcouru et de faire le point sur les enjeux actuels.

St-Étienne des Grès, 1995 : l'origine

Fin 1995, début 1996 est apparue sur les écrans radars des systèmes de veille du réseau de la santé au Québec un nouveau concept, une coopérative de service de santé. En fait, nouveau pour ceux et celles qui n'avaient pas la connaissance historique du précédent de la coop de Services de santé du Québec. Née en 1945, un rejeton des années d'avant la Révolution tranquille, elle disparue dans sa forme originale avec la mise en place du système d'assurance-maladie universel au début des années 1960.

Cette nouvelle coopérative qui vient au monde en 1996 est celle localisée à Saint-Étienne-des-Grès, à moins de 20 kilomètres de la ville de Trois-Rivières dans une municipalité de 3600 résidents. Ce fut un choc dans ce milieu fermé qui est celui de la santé : entre des cliniques publiques (CLSC) et des cabinets privés ou des cliniques et polycliniques appartenant généralement à des médecins, venait s'installer un nouveau joueur, une clinique propriété de citoyens, et ce, en mode coopératif! Il faut saluer l'extraordinaire détermination du directeur de la caisse Desjardins locale, Jacques Duranleau et l'appui indéfectible du maire de la municipalité, François Chénier pour s'être lancé dans cette folle aventure. Folle aventure, car aucun précédent hormis le cas de la coop de Services de santé du Québec ne pouvait inspirer ces pionniers.

Le projet de St-Étienne est remarquable à plusieurs égards : il a donc marqué un précédent en introduisant la coopérative dans les modes de propriété de clinique. De plus, la coopérative en regroupant des citoyens, donne à ces derniers la possibilité de jouer un rôle d'avant-plan dans la gouvernance de l'organisme. Les citoyens peuvent ainsi dire leur mot dans l'organisation des services de santé de la coopérative ce qui n'est pas rien,

car à ce moment, c'est exactement le contraire que l'on observait – et que l'on observe toujours dans les établissements du réseau public de santé au Québec : un espace de plus en plus diminué laissé aux citoyens sur les conseils d'administration de ces organismes. Et vint la participation citoyenne dans l'administration du réseau public de la santé, un réseau, qui par ailleurs, est financé avec les impôts de ces derniers! Plus que jamais, c'est la domination d'une logique bureaucratique et technocratique aux dépens d'une logique démocratique et citoyenne.

Tout innovateur que ce soit St-Étienne en 1996, il reste que le champ d'activité de la coopérative lui n'est pas original : par la location d'espaces à des professionnels, offrir l'accès à des services de santé primaire, des consultations médicales avec une pharmacie à proximité et divers autres services complémentaires, psychologues, dentistes,

Qu'on le veuille ou non, les coopératives de services de santé ne sont plus un accident de parcours comme on le disait à la fin des années 1990, mais s'inscrivent comme constituante du réseau de la santé. Il est intéressant de regarder le chemin parcouru et de faire le point sur les enjeux actuels.

physiothérapie, etc. Cependant, le signal très fort lancé par ce projet coop ne passe pas inaperçue dans d'autres milieux confrontés à la pénurie de médecins : la mise en commun des forces vives de la communauté autour d'un projet collectif tel la coopérative, est nécessaire pour tenter de s'assurer la présence de médecins. Car à ce moment, dans plusieurs endroits au Québec de la taille de St-Étienne – une population de 4 000 à 10 000 citoyens, on ressent cette pénurie d'effectifs médicaux, sans pouvoir autant l'expliquer.

Une pénurie d'effectifs médicaux

En effet, avec le recul, on peut désormais expliquer la pénurie de médecins vécue dans les années 1990 et qui se prolonge dans les années

2000. Il s'agit de la conjonction de plusieurs phénomènes symptomatiques à la fois de la transformation de la pratique médicale et de décisions politiques : présence accrue de femmes dans la profession, recherche d'une meilleure conciliation travail-famille (avec l'impact de diminuer le nombre d'heures consacrées à la pratique), augmentation du temps que doivent allouer les nouveaux médecins à des tâches autres que la pratique en cabinet et, avec la volonté de mieux contrôler le déficit des finances publiques, limitation des admissions dans les facultés de médecine. De plus, la mise en place de systèmes de bonus pour les médecins acceptant de pratiquer en région dite éloignée fait que les régions intermédiaires entre celles éloignées et les milieux urbains, comme le cas de St-Étienne qui est situé dans la région de la Mauricie, sont nettement moins attirantes.

Comme si ce n'était pas assez, la présence grandissante d'un nouveau joueur dans la propriété et la gestion des cliniques vient perturber davantage la répartition des effectifs médicaux : les chaînes de pharmacie.

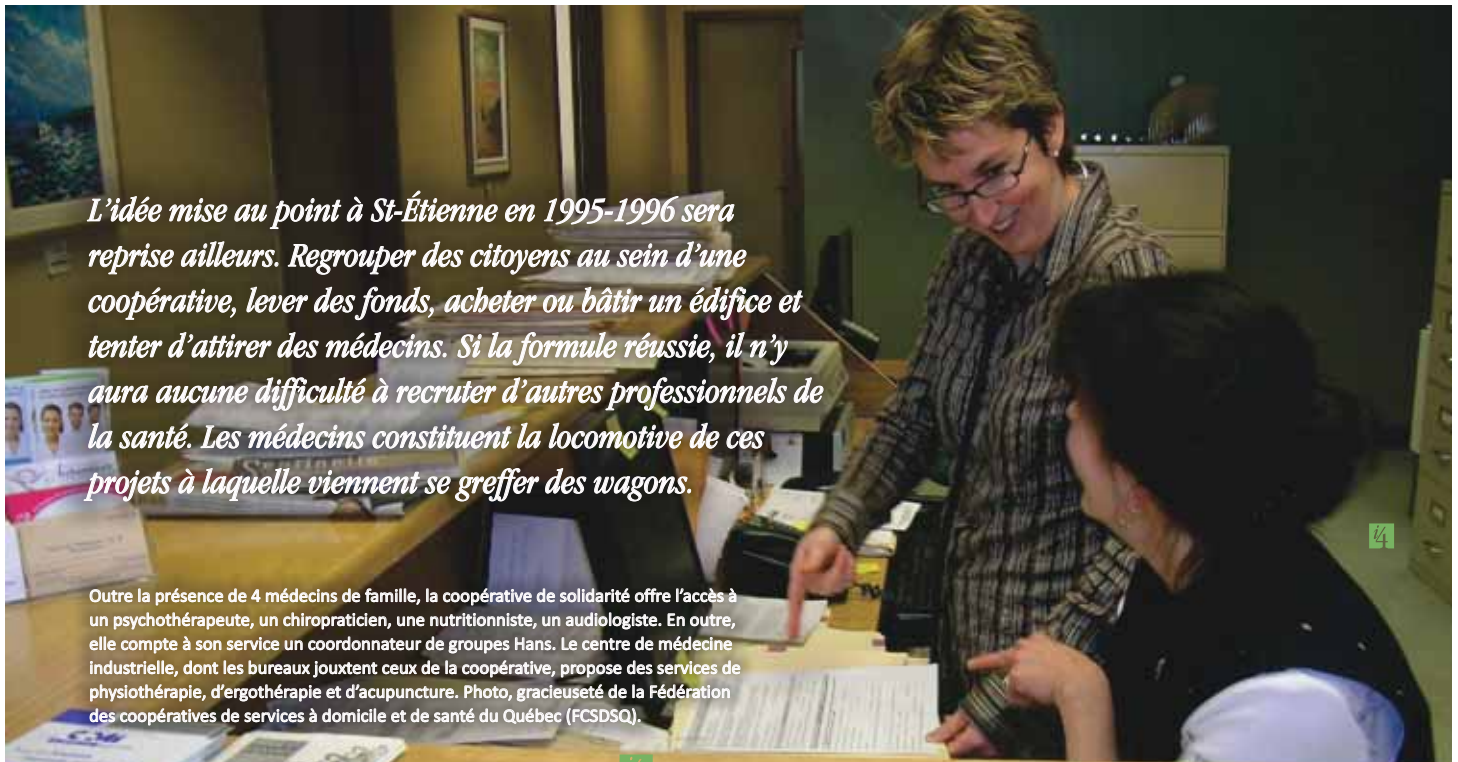
À l'instigation de la plus grosse chaîne de pharmacies au Québec, le Groupe pharmacies Jean Coutu, un nombre croissant de cliniques sont désormais détenus par des pharmacies. Ce modèle d'affaires pharmacie-clinique que l'on qualifie marché de destination ou en anglais, « one-stop shop », trouve généralement racine dans des milieux comptant au moins 15000 consommateurs. Donc, non seulement ce modèle ne se développe pas en milieu rural ou dans des municipalités comptant un nombre inférieur d'habitants, mais on estime que par des conditions de pratique très favorable dont un coût de loyer extrêmement compétitif proposé aux médecins, ces derniers sont attirés vers ces cliniques ce qui aurait un effet de drainer les ressources médicales d'une région donnée vers ces cliniques, privant les petits milieux de leurs médecins.

Un mouvement qui rayonne néanmoins

Par le truchement d'associations regroupant des municipalités, des directeurs de caisses Desjardins et aussi des organismes appuyant le développement des coopératives, les coopératives de développement régional, l'idée mise au point à St-Étienne en 1995-1996 sera reprise ailleurs. Regrouper des citoyens au sein d'une coopérative, lever des fonds, acheter ou bâtir un édifice et tenter d'attirer des médecins. Si la formule réussie, il n'y aura aucune difficulté à recruter d'autres professionnels de la santé, infirmière, physiothérapeute, etc. En d'autres mots, les médecins constituent la locomotive de ces projets à laquelle viennent se greffer des wagons. Sauf de rares exceptions, le contraire n'est pas vrai : il est peu fréquent que des projets voient le jour sans la présence première des médecins.

De 1996 à 2003 des projets sont esquissés, mais devant le défi grandissant que constitue le recrutement de médecins, seulement quelques projets arrivent à terme. Ainsi, après plusieurs années de démarches infructueuses, des promoteurs de projets de coopératives de santé vont décrocher faute d'avoir réussi à recruter des médecins. C'est entre autres ce qui va arriver du côté de Pointe-au-Père localisée à quelques kilomètres de Rimouski dans la région du Bas St-Laurent. Des citoyens vont se mobiliser durant près de 5 ans – 1996 à 2001 – autour d'un projet de coopérative de santé, la municipalité va également appuyer du mieux qu'elle le peut ce projet, mais faute de recruter un médecin, le projet sera abandonné non sans, on le devinera, des efforts soutenus pour réussir.

En 2003, le projet de la coop de santé d'Aylmer auquel l'auteur de ces lignes est associé comme co-responsable du plan d'affaires marque un nouveau pas dans le développement de la formule et ce, à au moins deux



L'idée mise au point à St-Étienne en 1995-1996 sera reprise ailleurs. Regrouper des citoyens au sein d'une coopérative, lever des fonds, acheter ou bâtir un édifice et tenter d'attirer des médecins. Si la formule réussie, il n'y aura aucune difficulté à recruter d'autres professionnels de la santé. Les médecins constituent la locomotive de ces projets à laquelle viennent se greffer des wagons.

Outre la présence de 4 médecins de famille, la coopérative de solidarité offre l'accès à un psychothérapeute, un chiropraticien, une nutritionniste, un audiologiste. En outre, elle compte à son service un coordonnateur de groupes Hans. Le centre de médecine industrielle, dont les bureaux jouxtent ceux de la coopérative, propose des services de physiothérapie, d'ergothérapie et d'acupuncture. Photo, gracieusement de la Fédération des coopératives de services à domicile et de santé du Québec (FCSDSQ).

(photo) "Après des années de suspicion, le réseau public semble s'ouvrir de plus en plus à cette nouvelle réalité des coopératives de services de santé." Dans la Municipalité régionale de comté (MRC) Robert-Cliche située au sud de Québec, les services du Centre local de services communautaires et ceux de la coopérative de santé Robert Cliche se voient dans le même édifice. Photo gracieuseté FCSDSQ.



points de vue : Il s'agit d'un premier cas où une clinique existante est vendue à une coopérative et cela se fait dans un contexte urbain. On devine qu'il est nettement plus aisé d'acheter une clinique existante avec ses médecins en place que de jouer la petite ou grande séduction pour attirer des médecins. Un des principaux instigateurs de ce projet, sinon le principal, le docteur Bernard Gélinas a ainsi voulu s'assurer que la clinique conserverait ses liens très forts avec son milieu, à l'origine la ville d'Aylmer, désormais intégrée dans la ville de Gatineau (200 000 habitants) localisée en face d'Ottawa.

Le projet s'est étendue de 2001 à 2003 avant d'officialiser ses activités en 2004. Cette coopérative est devenue aujourd'hui celle comptant le plus grand nombre de membres au Québec soit près de 10000. La coop santé Aylmer comme la vaste majorité des autres coopératives de santé au Québec adopte un modèle de coopérative regroupant au moins deux catégories de membres, soit un statut de coopérative de solidarité. La loi sur les coopératives permet cette disposition depuis 1997 et s'avère fort pertinent pour rassembler diverses parties prenantes autour de la mission de la coopérative, surtout lorsque les enjeux sont au croisement du social et de l'économique.

Bénéficiant entre autres du soutien du programme de l'Initiative de développement coopératif du gouvernement fédéral de 2004 à 2008, le Conseil de la coopération du Québec¹ va multiplier les projets de recherche, les sondages, consultation et forums pour pousser davantage la connaissance du modèle, ses conditions de succès et la sensibilisation d'autres acteurs du monde de la santé – ministère, corporation médicale, regroupement d'établissements, etc. Durant cette période, le Conseil se dote d'un comité santé, question de favoriser la synergie des acteurs du milieu et d'avoir une vue commune sur les divers travaux en cours.

Le nombre de coopératives de services de santé augmente. En 2007, première mondiale : capitalisant sur le discours d'ouverture à la forme coopérative du recteur de l'établissement Louis-Marie Béchard, personnels et étudiants de l'Université de Sherbrooke se regroupent pour créer une coopérative de santé. Gaston Stratford s'engage dans ce projet avec grande conviction et, à titre de président bénévole, ne ménage pas ses efforts pour faire connaître cette expérience unique. Cette coopérative adopte le

créneau de la prévention et promotion de la santé donc devient une des rares organisations à évoluer sans la présence de médecins. Les programmes – saine alimentation, santé psychologique, activité physique – sont sur mesure selon qu'il s'agit des étudiants ou du personnel.

L'année suivante, un nouveau projet de coopérative de services de santé voit le jour, cette fois dans une région reconnue pour son esprit d'entrepreneuriat au Québec, la Beauce. Non seulement on souhaite améliorer le plateau d'offre de services de première ligne et l'accès aux médecins, mais la coop santé Robert-Cliche prend assez tôt un audacieux pari : à l'instar de la coop santé de l'Université de Sherbrooke, prendre aussi le virage prévention promotion santé en implantant dans la région un programme avant-gardiste développé au Japon, les groupes *Hans Kai*.

Nancie Allaire est au cœur de ce projet. Tout d'abord à titre de commissaire à l'entrepreneuriat collectif au Centre de développement local, elle participe à l'automne 2007 à une mission au Japon organisée par l'auteur de ces lignes. Elle revient convaincue et convaincante sur l'intérêt d'implanter la formule Hans Kai dans son coin de pays : sur une base libre et volontaire, regrouper de dix à quinze individus qui se rencontrent une fois par mois pour faire des tests d'auto-diagnostic permettant ainsi une détection précoce de la maladie et participer à des séances d'information.

Nancie accompagne la mise en place du projet de coopérative et s'engage dans les démarches pour obtenir le financement permettant d'expérimenter la formule Hans Kai. Près d'un demi-million de dollars sera ainsi obtenu pour faire une expérimentation s'étendant sur 5 ans. En 2009, elle devient directrice de la coopérative. La réussite de ce projet se fait aussi par le truchement d'un engagement marqué des caisses Desjardins, tant par son savoir-faire, sa collaboration pour recruter des membres que son implication financière. Michel Roy qui préside le conseil de cette coopérative est également administrateur de la caisse Desjardins locale en plus d'être membre du conseil d'administration de la Fédération des caisses Desjardins du Québec.

L'impact de la fédération

En 2008, un autre tournant marque le développement des coopératives de services de santé au Québec, le regroupement de ces coopératives en une fédération. Plutôt que de partir de zéro, les coopératives de santé ont été

¹ Regroupement des fédérations de coopératives et de mutuelles de la province, le Conseil a changé de nom pour celui du Conseil québécois de la coopération et de la mutualité.



La coopérative de santé de Gatineau qui a commencé ses activités en janvier 2009 s'est retrouvée avec davantage de membres que le personnel médical pouvait en traiter. Une subvention de 50,000\$ obtenue du Centre local de développement de Gatineau a permis au président Gilles Prévost de lancer une campagne de recrutement de médecins avec vidéos et présentations à l'appui dans le cadre de journées carrières et autres événements semblables. Photo gracieuseté FCSDSQ.

invitées à rallier les rangs d'une fédération existante, la Fédération des coopératives de services à domicile du Québec. Cette fédération née en 1996 regroupait déjà une trentaine de coopératives évoluant dans l'offre de services principalement d'aide à la vie domestique mais également d'aide à la vie quotidienne à des personnes en perte d'autonomie en plus de proposer leurs services à des ménages actifs, c'est-à-dire à des jeunes familles. En ouvrant ses portes à ces nouvelles coopératives, elle modifie son nom pour adopter sa dénomination actuelle, *la Fédération des coopératives de services à domicile et de santé du Québec*.

Disposant désormais d'un lieu pour se concerter, les coopératives de santé ont ainsi un outil pour faciliter leur développement. La présence de cette ressource et le développement d'un savoir-faire facilitent aussi la création de nouvelles coopératives de santé. Les coopératives se dotent ainsi d'une voix officielle pour faire leur représentation auprès de l'État et des divers réseaux et associations dans le domaine de la santé. Entre autres résultats tangibles, la reconnaissance des coopératives de santé par la toute puissante Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS) en vu d'améliorer la complémentarité des services. Cet acquis a contribué à améliorer les relations avec les instances du réseau public de santé, par exemple, avec les agences régionales et les centres de santé et de services sociaux.

Des enjeux importants

Les coopératives de services de santé ont eu à inventer de toutes pièces un modèle d'affaires pour se tailler une place dans l'univers des services de santé. Le modèle de base est celui déjà existant avec les cliniques privées, tirer ses revenus de la location d'espace à des professionnels de la santé. Or, très tôt, avec le projet original de St-Étienne, il est apparu que pour assurer la viabilité financière du projet, l'originalité du montage du projet devait être au rendez-vous. Les projets sont donc supportés par beaucoup de bénévolat, de contribution généreuse sans rémunération. Le financement de connivence mieux connu sous le nom de « love money »

est aussi systématiquement sollicité. Donc des dons en argent provenant très souvent des caisses Desjardins, d'organismes d'appui au développement local, de PME, de citoyens. Conscientes de l'impact très positif pour le milieu de la présence d'un tel établissement², les municipalités n'hésitent pas à multiplier les engagements pour les supporter : mise à la disponibilité de locaux, location ou don de terrain, réseautage, aménagement, etc.

L'originalité du montage financier l'est autant pour le démarrage que le fonctionnement de la coopérative. Cependant, il arrive assez souvent que toutes ces démarches ne soient pas suffisantes pour assurer la viabilité du projet. On va alors mettre en place un système de contribution annuelle. En d'autres mots, les membres, généralement un membre familial, doivent payer année après année un montant obligatoire qui peut varier de 30 à 100 \$. La mise en place de ce mécanisme ne s'est pas faite sans heurt. Pour certains, cela s'apparente à une double imposition en ce sens, qu'il s'agit d'un supplément à l'impôt déjà versé pour financer le réseau public en santé. Pour d'autres, et là, le sujet est très sensible, la mise en relation entre la contribution et l'accès à un médecin est inacceptable, car cela s'apparenterait à un ticket modérateur.

La position de la Fédération³ est claire, la contribution des membres doit être pour améliorer le plateau d'offre de services, renforcer l'appartenance collective à l'organisation et les médecins doivent assumer un apport juste et équitable. En outre, pour éviter tout espère de conflits d'intérêts, la Fédération soutien que les médecins ne doivent pas être membre du conseil de la coopérative tout comme les pharmaciens qui loueraient des locaux.

² Mon collègue, l'économiste Pierre Péloquin, se penchant sur le cas pionnier de St-Étienne, a fait deux enquêtes soit 5 ans et dix ans après la fondation de cette coopérative de services de santé pour démontrer l'impact sur le milieu de la présence de cet établissement de santé. Ainsi, à partir de données de Statistiques Canada et d'autres, ces résultats témoignent d'un impact très positif de la coopérative de services de santé : Péloquin, « Saint-Étienne-des-Grès; deux enquêtes sur un succès d'économie sociale » (mai 2009), 15 juin 2011 <http://www.productionslps.com/fr/user/Succes_StEtiennedesGres.pdf>

³ On retrouve sur le site WEB de la Fédération (en français uniquement) le cadre directeur qu'elle encourage : www.fcstdsq.coop

Un bilan, des enjeux

Le chemin parcouru par les coopératives de services de santé en un peu plus de 15 ans est impressionnant. Partie d'un projet à saveur locale à St-Étienne-des-Grès, l'idée a fait boule de neige et s'est révélée inspirante pour plusieurs autres milieux. L'intuition était donc très bonne! Maintenant quels défis voyons-nous pour les quinze prochaines années? Quatre idées-forces nous semblent incontournables :

Poursuivre dans l'intégration d'une approche préventive en santé. L'intuition de la coop santé Robert Cliche de combiner services de santé de première ligne et implantation du modèle préventif Hans Kai est porteuse. Il est connu, voire archiconnu que l'avenir de nos systèmes de santé doit laisser une plus large part aux actions de prévention et de promotion de la santé. L'expérimentation en cours des groupes Hans Kai devrait être complétée d'ici 2014 selon le financement public et vise à une diffusion plus large à la fin du processus, mais d'autres coops n'ont pas attendu. Ainsi, dans la région de l'Outaouais, la coop Quartier en santé, coopérative spécialisée en promotion de la santé et qualité de vie regroupe une équipe interdisciplinaire d'universitaires professeurs cliniciens mais sans médecin propose une prestation de services préventifs. Cette coopérative a aussi obtenu un financement de recherche qui inclue une implantation de groupes préventifs Hans Kai en saines habitudes de vie dans divers sites dont le Grand Nord canadien.

L'ouverture aux autres professionnels et approches en santé. Infirmière praticienne, spécialistes de médecines douces, les coopératives doivent ouvrir davantage leur porte à d'autres professionnels que les seuls médecins. D'ailleurs, la coopérative pionnière, la coop Les-Grès, offre depuis quelques années l'accès à de tels professionnels à sa clinique en sus du cabinet de médecins et autres intervenants.

Renforcer les liens avec le réseau public en santé. Après des années de suspicion, de doute, dans certains cas, de craintes, le réseau public semble s'ouvrir de plus en plus à cette nouvelle réalité des coopératives de services de santé. Porté par l'intérêt général, le bien public, coopérative de santé et autorité publique devrait renforcer des collaborations, des partenariats. Cependant, une mise en garde importante s'impose, à l'instar de l'expérience des cliniques populaires converties en CLSC au début des années 1970, éviter une main mise trop grande de l'État sur ces projets citoyens.

Renforcer la promotion du modèle particulièrement auprès de futurs médecins. La présentation du modèle coopératif n'existe pas dans les facultés de médecine. Devant le poids grandissant des coopératives de services de santé, des efforts devront être consenties pour sensibiliser les futurs disciples d'Esculape, au potentiel du mode coopératif pour renforcer les liens avec le milieu, susciter la mobilisation des forces vives, bref avoir une pratique médicale qui ne se limite pas strictement à multiplier les consultations, mais est franchement ouverte sur son milieu. ⁱ⁴

Expert-conseil en entreprises collectives, Jean-Pierre est un observateur attentif du développement des coopératives de santé au Québec, au Canada et dans le monde depuis 1996. Auteur du livre, *Notre système de santé autrement, l'engagement citoyen par les coopératives* (2006). Pour le rejoindre : jpg282000@yahoo.ca. L'auteur tient à remercier de sa collaboration M. Olivier Étienne de la Fédération des coopératives de services à domicile et de santé du Québec.

ⁱ⁴ est un magazine en ligne qui porte sur l'inspiration, l'innovation, l'incitation et l'invention de façons de vivre et de travailler qui permettent à l'humanité et à la planète de s'épanouir dans ce siècle de défis sans précédents. ⁱ⁴ est une publication du Centre canadien pour le renouveau communautaire.