

DVL 831
Analyse stratégique du développement local

Coopérative clinique de santé à Sherbrooke

Facteurs de succès lors de la mise en place de coopératives dans le secteur de la santé

Juin 2008

Nancy Dubois
Maxime Hince
Marcelo Mello
Sabrina Paquin

M. Janvier Cliche
Directeur général de CDR Estrie
550, rue Dufferin,
Sherbrooke (Québec) J1H 4N1
Tél.: 819-566-6371

Supervisé par :
M. Jacques Gagnon
Professeur en management
Université de Sherbrooke
Tél. : 819-821-8000 poste 62369

TABLE DE MATIERES

TABLE DE MATIERES	1
1. INTRODUCTION	3
2. OBJECTIFS DE L'INTERVENTION	4
3. DEMARCHES D'INTERVENTION	4
3.1. Choix d'un mandat	4
3.2. Rencontres et projet d'entente	4
3.3. Première rencontre	5
3.4. Deuxième rencontre	6
3.5. Troisième rencontre	6
3.6. Moyens de communications utilisés	6
3.7. Soutien	7
3.8. Considérations méthodologiques	7
3.9. Échéancier	8
4. ANALYSE DU CONTEXTE ET DES BESOINS	9
4.1. Système de santé	9
4.1.1. Système de santé en bref	9
4.1.2. Financement	10
4.2. Modernisation du système de santé	11
4.2.1. Création des GMF	11
4.2.2. Problématique de pénurie de médecins	12
4.2.2.1. Certaines raisons de la pénurie	12
4.2.3. Vieillesse de la population	13
4.2.4. Compétition	13
4.3. Aspects culturels	14
4.3.1. Culture québécoise	14
4.3.2. Dimension culturelle à Sherbrooke : les immigrants	15
4.4. Coopératives de Santé	16
4.4.1. Expérience étrangère et outils de développement	18
4.5. Situation en Estrie	18
4.5.1. Agence de santé et des services sociaux de l'Estrie	18
4.5.2. Besoins ciblés	18
4.5.3. Comité Santé (CDR-Estrie)	19
4.5.4. Situation des cliniques en Estrie	20
4.5.4.1. Caractéristiques de Sherbrooke	20
4.5.4.2. Nombre de médecins à Sherbrooke	21
4.5.4.3. Nombre de cliniques	21
4.6. Situation des coopératives de santé en Estrie	22
4.6.1. Plan de répartition et coopératives	22
4.6.2. Situation des autres coopératives en Estrie	22
5. CAS DE COOPERATIVES « CLINIQUES MEDICALES »	28
5.1. Présentation des cas	28
5.1.2 St-Étienne-des-Grès	29
5.1.3 Ste-Thècle	29
5.1.4 Surrey, Colombie-Britannique	29
5.1.5 Modèle japonais	30

5.1.6	St-Cyrille-de-Wendover	30
5.1.7	St-Roch.....	30
5.2.	Faits saillants de l'étude des cas.....	31
5.2.1.	Origine.....	31
5.2.2.	Caractéristiques.....	31
5.2.2.1.	Types de coopératives	31
5.2.2.2.	Présence d'un leader	32
5.2.2.3.	Ancrée dans le milieu	32
5.2.2.4.	Cibler un type de client.....	33
5.2.2.5.	Plusieurs services sous le même toit	33
5.2.3.	Cotisations.....	33
5.2.4.	Appui et Soutien	34
5.2.5.	Stratégie et développement.....	35
5.2.5.1.	Établissement d'une fondation	35
5.2.5.2.	Projets de prévention	35
5.2.5.3.	Réseautage	36
5.2.5.4.	Accréditation GMF	36
5.2.5.5.	Un transfert de compétence / un partage de connaissances	36
5.2.6.	Difficultés vécues	36
5.2.7.	Impacts économiques et sociaux	37
6.	ANALYSE DES FACTEURS DE SUCCES.....	37
6.1.	Interprétation - la situation de Sherbrooke	43
7.	RECOMMANDATIONS	47
7.1.	Scénario 1	47
7.1.1.	Grandes étapes de planification pour ce scénario :.....	47
7.2.	Scénario 2	48
7.2.1.	Grandes étapes de planification pour ce scénario :.....	48
8.	CONCLUSION.....	49
10.	BIBLIOGRAPHIE	50

1. INTRODUCTION

Au cours des dernières décennies, la société québécoise a été marquée par de nombreuses transformations majeures. La population active amorce une période de décroissance qui risque fort de perdurer pendant plus d'une décennie. D'ailleurs, le marché de l'emploi québécois a déjà commencé à ressentir les effets de ce changement. De plus en plus, les organisations et gouvernements devront composer avec une problématique importante découlant directement de ce phénomène : la pénurie de main-d'œuvre. Cette pénurie associée aux besoins grandissants de la population, et de façon plus particulière en matière de services de santé, obligent de revoir les façons de faire dans ce domaine comme dans plusieurs autres.

Dans cet environnement en constante évolution le concept d'organisation du travail se retrouve en questionnement et les modèles de structure pouvant supporter et fournir des accès aux médecins sont revisités. C'est dans ce contexte, que les cas de coopératives cliniques de santé sont explorés afin de voir s'ils constituent un bon moyen de répondre aux besoins de la population. Suite à cette analyse, des éléments clés sont ressortis à titre de facteurs à succès ou de facteurs à l'échec lors de l'implantation d'une coopérative de santé à Sherbrooke. Ils sont par la suite, comparés avec la grille de M. Jean-Pierre Girard. Cette analyse conduit à deux suggestions explicitées dans la dernière partie de ce rapport.

La population ciblée pour cette étude est celle de Sherbrooke, tel qu'entendu avec le représentant de notre organisme client : la CDR-Estrie, et que les facteurs à l'échec et au succès sont étudiés en fonction de cette réalité.

2. OBJECTIFS DE L'INTERVENTION

Suite à un processus d'échange entre le client et les membres de notre équipe, nous avons convenu d'un mandat qui définit trois objectifs d'intervention.

Dans un contexte de rareté de personnel médical et de difficultés d'accès à des médecins pour la région de Sherbrooke, la CDR - Estrie souhaite par ce mandat répondre aux objectifs suivants :

- Identifier et étudier certains cas de coopératives de clinique médicale;
- Présenter le contexte et les besoins de la région sherbrookoise en matière d'accès aux services médicaux; et
- Répertorier les facteurs de succès lors la mise en place de coopératives dans le secteur de la santé pour la région concernée et plus particulièrement pour les coopératives de clinique médicale.

3. DEMARCHES D'INTERVENTION

3.1. Choix d'un mandat

Par le biais de la PAEIC¹, un mandat a été retenu parmi ceux offerts aux étudiants. Une fois le premier contact fait entre la PAEIC et le client, nous avons pris contact avec le client afin d'obtenir une première rencontre visant la définition du mandat.

M. Janvier Cliche, est président directeur général de la CDR – Estrie et est le client de notre intervention. Il fut déterminé que le secteur de la santé et des services sociaux serait le sujet sur lequel notre équipe travaillerait. Il a aussi été question qu'une personne-ressource, M. Paul Pronovost, puisse agir comme personne-ressource dans le cadre de ce travail. Celui-ci fut invité à la première rencontre.

3.2. Rencontres et projet d'entente

Suite à un premier contact par courriel, M. Cliche nous a fait parvenir un document portant sur le projet : *Système local d'innovation coopérative en santé* issue de son comité Coop santé-Estrie. Il nous a demandé de porter attention aux divers livrables de ce projet avant notre rencontre.

¹ PAEIC : Programme d'apprentissage expérientiel par l'intervention communautaire

3.3. Première rencontre

À la première rencontre, des échanges eurent lieu entre M. Cliche et les membres de notre équipe, à partir du document du comité Coop santé-Estrie qui adressait divers mandats à réaliser par ce comité. Chaque livrable du projet de système local d'innovation coopérative en santé fut discuté et évalué selon deux perspectives : soit celle de notre équipe, qui était de réaliser un mandat dans les temps alloués, et celle des besoins de ce comité. Deux des dix livrables se sont révélés d'intérêt.

Comme une des personnes-ressources au niveau de ce comité n'a pu se libérer, nous avons convenu avec notre client que nous tenterions de joindre celle-ci afin de discuter avec elle des diverses possibilités qui se présentaient à nous et de l'orientation à donner à notre mandat. Nous avons tenté de planifier une rencontre avec cette personne dans la même semaine, mais cela n'a pas été possible.

En fonction des informations que nous possédions, de diverses recherches étudiées et de l'impossibilité de rencontrer à court terme la personne-ressource, nous avons donc procédé à l'élaboration d'un premier projet sur les coopératives d'habitat pour personnes âgées avec soins spécifiques. Celle-ci a été soumise au client, mais elle n'a pas été retenue. Notre client et la personne-ressource ont privilégié le dossier : accès aux services médicaux (Coop médicale ou autre) sur le territoire plutôt que les Coopératives d'habitation pour aînés avec services spécifiques. L'arrimage de la formule coopérative pour répondre aux besoins d'accès à des médecins en dehors d'un contexte de coopératives d'habitations répondait davantage aux besoins (voir annexe 1 - Premier projet d'entente non retenu).

Suite à une identification des besoins du client et à une autre recherche sur le sujet désigné, nous avons pu travailler à la préparation d'une proposition. En regard de l'intérêt du client, plusieurs possibilités de projets se sont présentées à nous, nous avons toutefois fait le choix d'en présenter deux, pour lesquels nous avons élaboré des objectifs, au client (voir annexe 2 - Libellés des 2 propositions). Celui-ci a retenu le projet numéro deux qui correspond à notre mandat actuel.

3.4. Deuxième rencontre

Dès lors, le second projet d'entente a été élaboré (annexe 3 - Second projet d'entente (retenu)). Une seconde rencontre a été effectuée afin de procéder à l'approbation finale de l'entente (annexe 4 - Ordre du jour de la seconde rencontre avec le client). Une grille d'analyse de critères pour l'étude des cas de coopératives de santé a été élaborée par les membres de l'équipe et validée par le client. La personne-ressource de l'Agence n'a pas pu se joindre à nous pour cette seconde rencontre.

Suite à cette rencontre, un second contact avec la personne-ressource a été effectué afin d'obtenir de la documentation pertinente dans le cadre de la réalisation de notre mandat. De plus, nous avons communiqué avec Mme Marie-Joëlle Brassard, directrice de la recherche et du développement au Conseil québécois de la coopération et de la mutualité ainsi que d'autres personnes nous ayant été référées par monsieur Pronovost de l'Agence de santé et des services sociaux de l'Estrie.

3.5. Troisième rencontre

Pour clôturer notre série de rencontres avec le client, nous lui avons présenté nos résultats préliminaires. Il s'agissait de notre principal objectif lors de la troisième rencontre. Après avoir rappelé nos principaux livrables, nous avons fait part à M. Cliche de nos principaux constats relatifs à l'étude de cas et au contexte et besoins de Sherbrooke. Par la suite, avec le client, nous avons évalué l'exécution du mandat. Nous lui avons réitéré notre invitation pour la journée de présentation du 19 juin 2008 : invitation qu'il a déclinée puisqu'il sera parti en mission à l'extérieur. Le 20 juin 2008, un membre de notre équipe lui apportera le document final.

3.6. Moyens de communications utilisés

Il a été convenu avec le client que si des besoins survenaient entre les rencontres planifiées, nous favoriserions l'utilisation du courriel.

3.7. Soutien

En plus des sessions de cours, nous avons bénéficié de l'encadrement et du coaching du professeur Jacques Gagnon afin de réaliser ce mandat à la satisfaction de toutes les parties. Les termes de référence de notre entente, les stratégies, les considérations, les alternatives, les contraintes (tels les délais, etc.) furent, entre autres, traitées.

3.8. Considérations méthodologiques

Afin de réaliser ce mandat, nous avons cru bon de prendre soin d'utiliser une méthodologie et des pratiques visant à mieux structurer notre travail et à demeurer ainsi efficace afin de permettre l'atteinte des objectifs fixés dans les délais fixés.

Tout d'abord, il a été effectué une revue de la littérature pour cibler la problématique et les éléments du contexte de notre mandat. Nous avons diversifié nos sources en demandant à deux personnes-ressources, suggérées par notre client, de nous transmettre la littérature la plus pertinente à notre mandat, en plus de faire nos propres recherches. Bien que nos sources de données soient secondaires (pas d'entrevues de validation), les informations recueillies ne se contredisent pas.

Pour chaque rencontre avec notre client, nous avons élaboré un ordre du jour afin d'assurer que tous les points importants soient traités (Voir annexes 4,5,6 : les ordres du jour).

Nous avons aussi utilisé une grille d'entrevue détaillée lors de notre première rencontre afin de permettre de maximiser l'utilisation du temps alloué d'une heure et de faciliter l'atteinte des objectifs de celle-ci (annexe 7 – Grille d'entrevue détaillée).

L'un des objectifs de notre travail vise la présentation de cas de coopératives de santé permettant l'accès à des médecins. Dans ce contexte, nous avons élaboré une grille d'analyse de cas que nous avons pris le soin de faire valider au préalable par le client lors de notre deuxième rencontre.

3.9. Échéancier

Notre échéancier est relativement court. Outre les travaux de préparation à la réalisation de ce mandat (grille d'entrevue, élaboration de trois propositions de travail, recherches et revues de littérature, rencontres pour précisions de mandat), nous comptons quatre semaines pour le réaliser. Un total de 50 heures fut estimé. (Voir l'échéancier de l'annexe 3 - Second projet d'entente (retenu) : p. 8.)

4. ANALYSE DU CONTEXTE ET DES BESOINS

La perspective d'une coopérative de santé à Sherbrooke s'inscrit dans un contexte particulier, lequel il est important de circonscrire afin de bien saisir les enjeux qui en découlent.

Rappelons que l'intervention auprès du CDR se réalise dans le cadre du cours *Analyse stratégique du développement local* et que l'objectif de ce dernier est que les étudiants développent des compétences stratégiques en développement local par le biais de la réalisation d'un travail dans le milieu, voire d'un contrat établi avec un client, acteur du développement local. Le fait que l'intervention réalisée pour le CDR-Estrie se fait dans le cadre d'un cours a pour conséquence différentes limitations telles l'absence de budget, le manque de temps (particulièrement dans le cas d'une session intensive), lesquelles contraintes limitent à leur tour les possibilités en termes d'entrevues, d'enquêtes et de collecte de données. Cependant, cela peut comporter certains avantages tels entre autres, le support du professeur et le point de vue externe, pour le client, de professionnels en devenir. Dans la partie qui suit, nous avons décrit les différents éléments du contexte qui pouvaient avoir un impact sur les objectifs du mandat. Un tableau-résumé est présenté à la fin de cette section (p.25).

4.1. Système de santé

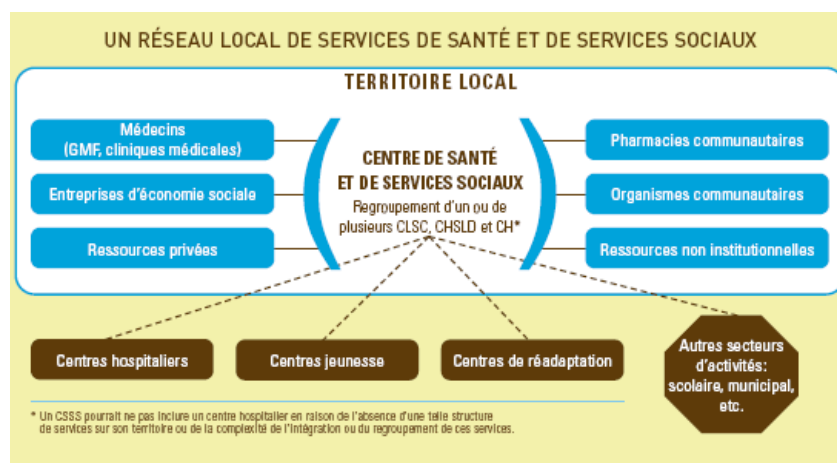
4.1.1. Système de santé en bref

Comme l'intervention porte sur des problématiques du secteur de la santé, il est important de bien comprendre le fonctionnement du système qui le régit afin d'identifier les acteurs, les relations, les pouvoirs, les possibilités, les contraintes et plus encore.

D'abord au palier national, il existe la Loi canadienne sur la santé, laquelle régit l'assurance-santé. Elle vise à protéger les résidents du Canada afin qu'ils aient accès à des services de santé. Cinq exigences d'octroi relatives aux services de santé assurés y sont recensées. Il s'agit de la gestion publique (Art. 8), de l'intégralité (art. 9), de l'universalité (art. 10), de la transférabilité (art. 11) et d'accessibilité (art. 12)(Site Web de Santé Canada).

Par la suite, il faut savoir que la santé est une compétence qui relève de l'autorité provinciale. Le système de gouvernance de la santé québécoise repose sur le partage des responsabilités, voire la division des tâches. Le ministère de la Santé et des Services sociaux (palier central) s'occupera d'élaborer les orientations en matière de politiques sociosanitaires et de vérifier l'atteinte des résultats en fonction des objectifs fixés. Il relève de ce palier la planification, le financement, l'allocation des ressources financières, le suivi et l'évaluation. Ensuite, au niveau régional, on s'occupe de la coordination des services sur le territoire en fonction des orientations et des priorités que l'Agence de santé et des services sociaux s'est donnée. Finalement, au niveau des MRC (local), les réseaux regroupent les acteurs clés, telles les organismes à but non lucratif (OSBL) en vue de partager collectivement les responsabilités envers la population d'un territoire.

C'est le Centre de santé et de services sociaux (CSSS) qui est le cœur de cette offre de services (Santé et services sociaux, Québec, 2008). Tous ces acteurs sont importants dans les questions concernant la santé de la population.



Services de santé, Qc. 1

4.1.2. Financement

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a publié un rapport au dernier trimestre 2007 dans lequel on estimait à 160,1 milliards de dollars les dépenses canadiennes en santé, soit une hausse annuelle de 3,2 % lors que les données relatives à l'inflation et la croissance démographique sont ajustées. Cela correspond à 10,6% du PIB national.

En 2005-2006, les dépenses en santé correspondaient à 43% des dépenses du gouvernement provincial, le service de la dette exclu. La capacité du gouvernement d'accroître le financement de la santé au Québec est très limitée. La fiscalité est déjà assez élevée. Sinon, une autre source de financement pourrait résider en l'endettement; or celle-ci est aussi très élevée. Cette situation d'essoufflement du financement des services de santé au Québec crée la nécessité de penser à de

nouvelles façons de faire et de nouveaux modes de gestion. L'option du financement ne semble pas tout régler et est, de toute façon, limitée.

C'est dans ce contexte que le débat public-privé s'inscrit. Or, au-delà de ces paradigmes, il existe d'autres modes de gestion telle la forme coopérative. C'est d'ailleurs ce que soutient Marie-Joëlle Brassard dans son texte d'opinion « Une réflexion binaire qui occulte l'innovation coopérative ».

4.2. Modernisation du système de santé

4.2.1. Création des GMF

Afin de répondre aux différents besoins criants en santé, tel le difficile accès à un médecin de famille, une nouvelle pratique a émergé, soit les groupes de médecine de famille (GMF). L'implantation des groupes de médecine de famille (GMF) fait suite à l'une des principales recommandations du rapport de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (commission Clair). Il s'agit d'une approche qui est basée sur un regroupement de médecins travaillant en collaboration avec des infirmières du réseau public en vue de rendre les médecins de famille plus disponibles. Les GMF permettent d'assurer un service plus complet, caractérisé notamment par des suivis, en médecine familiale. Les groupes de médecine de famille joueront donc un rôle essentiel dans l'organisation des services médicaux. Le ministère de la Santé et des Services sociaux prévoit que, d'ici quelques années, l'ensemble de la population québécoise pourra s'inscrire auprès d'un médecin membre d'un groupe de médecine de famille. Les groupes de médecine de famille s'intègrent aux cliniques privées, aux CSSS et aux unités d'enseignement de médecine familiale des hôpitaux et des CSSS pour offrir à la population québécoise les services médicaux généraux. Il peut être intéressant pour les médecins de pratiquer au sein d'un GMF, car au-delà de ce qui a été mentionné précédemment, cette pratique offre des avantages financiers tels que :

le paiement au médecin d'un forfait de prise en charge pour chaque patient inscrit; la rémunération à tarif horaire de ses tâches non cliniques (jusqu'à concurrence de 3 heures par semaine) et la rémunération des fonctions administratives du médecin responsable du GMF (pendant la période d'implantation).

Les mesures incitatives relatives à deux postes d'infirmière et deux postes administratifs (secrétaire et technicien en administration), de même qu'à la location des espaces de bureau et de

l'équipement informatique peuvent représenter plus de 25 000\$ pour la rémunération supplémentaire pour un médecin à temps pleins au GMF, mais surtout plus de 200 000\$ pour le financement du GMF (Site Web de la fédération des omnipraticiens du Québec).

4.2.2. Problématique de pénurie de médecins

4.2.2.1. Certaines raisons de la pénurie

Le sondage national des médecins effectués par le CR-MCC2, le CMFC et l'AMC à la fin de l'année 2007 auprès de 20 000 médecins révélait que :

- 6% des médecins partiraient à la retraite d'ici fin 2009 (équivalant à environ 4000 départs) ;
- plus de 6500 médecins réduiraient leurs heures de travail;
- qu'il y a féminisation de la profession (55% des médecins de 35 ans et moins sont des femmes).
- Ce qui amène une conciliation travail-famille plus prononcée;
- Ce sondage énonce que les femmes ayant des enfants travaillent en moyenne 13 heures de moins que les hommes.

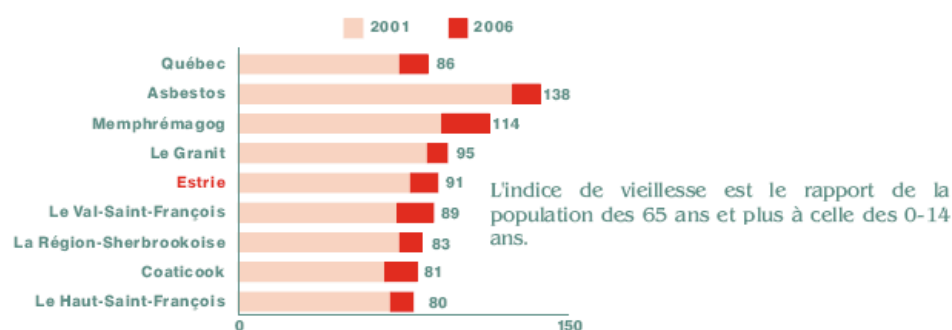
La pénurie des médecins est connue de tous, depuis 1980 et le système de santé canadien doit composer avec une pénurie de médecins depuis la fin des années 90. Les répercussions de cette situation endémique sont d'autant plus grandes en milieu rural. Il est difficile pour les petites localités éloignées d'attirer et retenir des professionnels de la santé. Face à une pareille problématique, l'innovation est de mise. C'est dans cette perspective que le village de Saint-Étienne-des-Grès (3800 habitants) a mis en place une coopérative de santé pour attirer de nouveaux médecins, suite au départ à la retraite de l'unique omnipraticien en place (L'actualité médicale, 2005).

² CR-MCC le Collège des médecins et chirurgiens du Canada; CMFC : le Collège des médecins de famille du Canada; et AMC : l'Association médicale canadienne.

4.2.3. Vieillesse de la population

Le vieillissement de la population est un autre phénomène incontournable dans la plupart des pays industrialisés, et de façon encore plus prononcée au Québec avec le phénomène des baby-boomers, lequel engendra de nombreuses conséquences dans la plupart des secteurs d'activités, dont les services de la santé. Au-delà de l'anticipation de nombreux départs à la retraite chez les praticiens, le vieillissement de la population ajouté à l'espérance de vie très élevée entraîne davantage de problèmes chroniques lesquels nécessitent plus de consultations et plus d'interventions. Donc, les besoins en services de santé sont plus importants, ce qui a pour conséquence une hausse des coûts du système de santé. Cette situation exige de revoir le fonctionnement du système de santé, de même que son financement.

Indice de vieillesse en pourcentage, Québec, Estrie et MRC, 2001-2006



Présentement, à Sherbrooke, c'est 16 340 habitants qui ont plus de 65 ans, soit 12 pourcents de la population. Il ne faut pas oublier que ces taux iront en augmentant avec le vieillissement de la population.

L'augmentation de l'utilisation des services de santé, les retraites ou les départs de médecins et le vieillissement de la population, sont donc tous des facteurs qui jouent un rôle dans le calcul du nombre des médecins nécessaires pour une population donnée.

4.2.4. Compétition

On fait référence régulièrement au système privé de santé lorsque l'on adresse divers problèmes de notre système de santé publique. On permet même dans certains secteurs et selon certaines circonstances que les citoyens puissent aller au privé recevoir des soins et bénéficier quand même de la gratuité de ceux-ci.

De plus en plus, divers groupes et surtout un grand nombre de professionnels de la santé craignent la privatisation des soins de santé. Il faut rappeler que le système de santé a été privatisé jusque dans les années soixante et qu'un retour à cette façon de faire entraînerait beaucoup de conséquences et surtout à notre avis, sur l'accessibilité financière à des soins. Nos voisins des États-Unis doivent composer avec des frais élevés pour l'accès à des soins de santé.

Les iniquités et la non-standardisation dans le traitement du personnel médical entraînent du cannibalisme d'un territoire à un autre, d'un pays à un autre. Prenons l'exemple de Gatineau et Ottawa qui sont deux villes adjacentes et qui appartiennent à deux provinces distinctes. Les conditions de travail globale des professionnels de santé (médecins, dentistes, ..) sont de telles natures en Ontario, que les professionnels du Québec se font recruter par les organismes de santé ce qui crée une pénurie critique dans cette région. De belles régions, avec de bons emplois, de bonnes écoles, de qualité de vie reconnue, Gatineau devient une ville avec un handicap important au niveau de la prestation de services à ses citoyens. Même si la santé ne relève pas du pallier municipal, le fait d'avoir ou ne pas avoir des services de santé adéquat pour la communauté locale a des impacts sur plusieurs aspects gérés et de responsabilités municipales.

4.3. Aspects culturels

4.3.1. Culture québécoise

Les valeurs des Québécois comme peuple

Selon Meunier et Laflamme (1987), au moins quatre racines ont influencé notre culture nationale :

1. Peuple français : portée à la logique, rigueur au travail (Management rationnel)
 2. Peuple catholique : simplicité et bon sens, fraternité universelle, sens du mystique (Pensée sociale)
 3. Peuple latin : joviabilité, aptitude artistique, esprit de famille (Management enthousiaste)
 4. Peuple nord-américain : attrait pour la liberté, débrouillardise, goût du bien-être (Management d'adaptation)
-

Les auteurs avancent que le lien entre nos racines, nos qualités connexes ainsi que les traits managériaux permettent de ressortir deux axes de culture organisationnelle en émergence soit une philosophie agressive et innovatrice de développement et une dominante humaniste.

La philosophie agressive et innovatrice de développement qui se constate entre autres par la forte proportion de création de PME au Québec. Et la dominante humaniste qui s'illustre du passage des travailleurs considérés comme des « bras » à celui de travailleur considéré comme capital humain. Ce qui influencera l'organisation du travail au Québec. On constate aussi, l'avènement des régimes d'épargne-actions, le développement de coopératives de travail, de nouvelles approches de participation des travailleurs; cercles de qualité, groupes semi-autonomes, participation aux bénéfices, etc.

À la lumière de ces brefs constats, nous pouvons croire que les québécois ont la capacité et peuvent bien fonctionner au sein d'organisation coopérative par contre, le côté individualiste et le côté masculin se sont développés les dernières années ce qui peut rendre moins attrayant le fonctionnement en groupe.

4.3.2. Dimension culturelle à Sherbrooke : les immigrants³

En 2004, la ville de Sherbrooke s'est dotée d'une Politique d'accueil et d'intégration des immigrants. Plusieurs mesures ont été mises en place pour faciliter, notamment, l'accès aux emplois et aux services municipaux aux citoyens issus de l'immigration.

Au Canada, les villes qui accueillent des immigrants sont en général les grands centres urbains, comme Montréal. Parce que les nouveaux arrivants n'ont pas tendance à s'établir en région, le gouvernement du Québec s'est doté d'une stratégie pour les inciter à s'y installer et y rester. Sherbrooke fait partie des trois villes, avec Gatineau et Québec, ciblées par cette régionalisation de l'immigration. À l'heure actuelle, il y a déjà un Sherbrookoïse sur 20 qui est issu de l'immigration⁴. C'est un phénomène qui s'accroît rapidement.

³ Informations recueillies sur le site de la ville de Sherbrooke

⁴ D'après les données du recensement 2001 de Statistique Canada sur la Ville de Sherbrooke.

Lors de la réalisation de son dernier plan stratégique 2007-2010, la ville de Sherbrooke consacre un volet à l'immigration qui se présente comme suit :

- Faciliter l'accueil des personnes immigrantes
- Accueillir les nouveaux arrivants issus de l'immigration
- Faciliter les services aux communautés culturelles
- Stimuler et soutenir la concertation entre les organismes
- Favoriser la participation civique de la population immigrante dans les comités politiques et les tables de concertation

L'engagement de la ville et le recrutement soutenu de personnes immigrées amènent une problématique au niveau de l'accessibilité aux soins de santé. Tout d'abord, si la personne accueillie ne maîtrise pas la langue française ou anglaise, il lui sera difficile de se voir orienter correctement vers les bons établissements en fonction de ses besoins et de recevoir le traitement approprié. À cela s'ajoute la non-compréhension du fonctionnement de notre système de santé. Avant de prendre sa décision d'immigration, le nouvel arrivé se voit informé de plusieurs éléments ou fonctionnement de sa terre d'accueil. On l'informe en autres de la gratuité des services médicaux, mais nous doutons qu'on l'informe des problèmes d'accès à un médecin traitant pouvant effectuer les suivis médicaux que peut requérir une situation médicale particulière.

Nous vivons déjà un problème d'accessibilité à des médecins et en accueillant un bassin significatif de nouveaux arrivants nous allons l'augmenter. Cette situation jumelée au vieillissement de la population devient préoccupante.

4.4. Coopératives de Santé

Les coopératives de santé représentent un jeune phénomène au Québec. Il faut savoir qu'il y a tout de même une bonne tradition de coopératives au Canada. Les coopératives de santé de la Saskatchewan a affronté les réticences du milieu des soins de santé en créant une fédération de coopératives de soins communautaires, devenant ainsi un acteur important avec lequel il devenait nécessaire de collaborer.

Bien que la première coopérative dans le secteur de la santé était québécoise (*Coopérative de santé de Québec*, en 1944), elle était loin d'avoir la forme des coopératives en émergence actuellement. Elle agissait à titre de fournisseuse d'assurance-maladie. Alors au Québec, le développement des coopératives en prestation de soins de santé est un phénomène récent, en cours depuis 1995. Il est directement orienté sur l'accès aux services de santé (exception faite des cinq coopératives ambulancières), comparativement à celles que l'on retrouve dans le reste de l'ensemble du Canada, lesquelles favorisent la prestation directe de services. Ainsi, ce sont des coopératives de consommateurs où les services sont réservés à l'usage des membres. Dans ces cas, la plupart de ces coopératives offrent des services médicaux primaires et spécialisés en plus de services sociaux, sans compter qu'elles semblent constituer un centre de vie communautaire et offrir des occasions d'interaction et de développement d'identité.

Les premières coopératives de soins de santé qui ont vu jour au Québec se situaient en milieu de type « semi-urbain » (COMMEAU, Y., GIRARD, J.-P., 2000, p.334) et avaient comme visées de créer les conditions idéales pour attirer des professionnels de la santé plutôt que de les embaucher directement.

La première coopérative de ce genre au Québec est celle de Saint-Étienne-des-Grès et a été fondée en 1995, tel que mentionné précédemment. St-Étienne-des-Grès est une petite municipalité de 3 800 habitants, située au nord de Trois-Rivières. Comme elle était trop près de Trois-Rivières et de Shawinigan, cela avait pour conséquence une incapacité à attirer des médecins. C'est à ce moment-là que le directeur général de la caisse populaire, monsieur Jacques Duranleau a initié l'idée d'une coopérative de soins de santé. Jusqu'à aujourd'hui, il existe cinq coopératives de soins de santé en exploitation au Québec (BRASSARD, M.-J., BROCHU, E. 2007, p.99)

Dans le document « les coopératives et les soins de santé » daté de novembre 2002 (*Les coopératives et les soins de santé*, novembre 2002), il est recensé comme obstacles à l'essor du modèle coopératif une évaluation limitée et insuffisante des méthodes au sein des coopératives de soins de santé, de même que des connaissances insuffisantes sur les « meilleures pratiques ». Cet

état de la situation s'applique notamment aux cas des coopératives des soins de santé au Québec. Sans compter qu'il est difficile d'évaluer l'impact, la réussite et les échecs d'un modèle de gestion qui a à peine plus de 10 ans dans ce secteur bien particulier et pas encore suffisamment documenté.

4.4.1. Expérience étrangère et outils de développement

Il faut voir que la coopérative de santé est en exploitation dans différents pays tels l'Espagne, l'Italie, la Suède et le Japon; sans compter que chacun de ces pays offrent des modèles différents. Au Japon, il semble que les coopératives de santé soient utilisées comme levier dans le cadre du développement local, puisque favorisant la prise en charge des acteurs du milieu. Cette information nous a conduits à étudier le modèle coopératif des « hans » au Japon.

4.5. Situation en Estrie

4.5.1. Agence de santé et des services sociaux de l'Estrie

En février 2008, suite au dépôt du rapport Castonguay, le ministre Couillard annonça que trois agences de santé et des services sociaux se verraient recevoir leur enveloppe budgétaire pour l'année 2008-2009 sans indication au sujet de la façon de gérer ces fonds, autre que les grandes priorités. Il s'agit d'un projet pilote visant à augmenter l'autonomie des agences en vue de faire des gains en termes d'efficacité. (COUILLARD, P., 19 février 2008). L'Estrie fait partie de ces agences.

4.5.2. Besoins ciblés

En plus de répondre à la problématique de pénurie de médecins, Sherbrooke a des besoins spécifiques en termes de problématiques de soins de santé. Des programmes-services ont été élaborés en fonction de ces problématiques particulières. Il y en a sept : il s'agit de la perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV), de la déficience physique, de la déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement (TED) ; des jeunes en difficulté; de la dépendance; de la santé mentale et de la santé physique. Ces sujets correspondent à des problèmes importants que l'on retrouve dans chacune des régions. Dans le cadre de notre intervention, il devient à propice de s'interroger sur l'implication d'un mode de gestion coopératif dans la résolution de ces problématiques. Il faut répondre à ces besoins. Ces

programmes-services ont déjà été détaillés en 25 objectifs, lesquels nous permettent de saisir de façon encore plus spécifique les besoins de la région de Sherbrooke. On y remarque l'appui au déploiement des pratiques cliniques préventives (objectif 1), l'élaboration d'un mécanisme d'accès à un médecin de famille et la mise en place des mesures de soutien à la première ligne médicale (objectifs 5 et 6).

Des fiches synthèses sont aussi élaborées pour chacun des programmes-services. Pour le volet services généraux, il vient en point deux la nécessité d'augmenter le nombre de personnes qui a un médecin de famille et de faciliter le processus de recherche, puis en point trois, la mise en place des services manquants au panier minimal. Au point 7, on retrouve le besoin d'accroître la collaboration interdisciplinaire entre les professionnels et les médecins, alors qu'au point 8 on retrouve, le besoin d'augmenter les pratiques cliniques préventives dans les activités de première ligne. L'objectif 9, consiste pour sa part en le développement d'une programmation concertée en matière de pauvreté et d'exclusion sociale. Outre le point 6, tous les autres ayant été nommés ici sont prioritaires (voire surligner en gras).

Pour ce qui est du volet PALV 2006-2009 du projet clinique, « l'accès à un médecin pour la clientèle orpheline » vient en 5. Suit, immédiatement après, l'arrimage entre le soutien à domicile et les GMF ou cliniques médicales. On retrouve aussi au point 8, l'hierarchisation des services (médecin de famille-gériatre).

4.5.3. Comité Santé (CDR-Estrie)

Initié par la CDR-Estrie, un comité santé a été mis sur pied le 28 septembre 2007 (première réunion) afin d'élaborer un projet de système local d'innovation coopérative en santé. Selon les documents fournis, le but est « de créer un modèle décentralisé (territorial) avec la participation des acteurs locaux et régionaux et en complémentarité entre les secteurs (intersectoriels) » (CDR-Estrie, mai 2008). Ainsi, le mandat à effectuer dans le cadre du cours de DVL 831 s'inscrit dans cette perspective et cadre davantage avec la première priorité des quatre que CDR-Estrie s'est donné, soit : « Animer une réflexion critique sur les enjeux de la santé en Estrie et du rôle possible du mouvement coopératif dans le maintien et l'amélioration de la santé et du bien-être de la population estrienne ». (CDR-Estrie, mai 2008) Le projet de système global est nouveau et

d'une certaine envergure. Il en découle de nombreux livrables (10, au total), fort différents en terme de tâches à exécuter, de temps et d'envergure.

Dans le document produit par le CRD pour présenter le projet de système de santé global à l'Agence de santé et des services sociaux de l'Estrie, la CDR Estrie explique qu'elle partage la vision du CQCM⁵ relativement aux priorités de la « santé » :

- Préserver l'accessibilité et l'intégralité des services de santé;
- Promouvoir une réponse adéquate aux besoins des citoyens en santé;
- La prestation des services de santé ne doit pas obéir à une logique de profit, mais plutôt à celle de la satisfaction des besoins des usagers dans le respect et la reconnaissance de la contribution des professionnels de la santé.⁶

4.5.4. Situation des cliniques en Estrie

Ce mandat adresse particulièrement les problématiques d'accès à des médecins et le territoire visé est la région de Sherbrooke.

4.5.4.1. Caractéristiques de Sherbrooke

La ville de Sherbrooke comptait, au 1^{er} janvier 2008, une population de 150 751 personnes et se situe dans une agglomération d'environ 245 000. Tout comme ailleurs au Québec, la population de l'Estrie et de Sherbrooke vieillit. La demande en soins s'accroît en raison entre autres de l'âge de la population de la région.

Selon des experts, l'utilisation adéquate des services sociaux et de santé actuellement accessibles fait aussi partie des déterminants de la santé. Des services hospitaliers et professionnels près de chez soi, et en nombre suffisant, des interventions et des hospitalisations pertinentes, de même que l'accès à une information de qualité sont autant de facteurs qui influencent l'état de santé d'une population⁷.

⁵ Conseil québécois de la coopération et de la mutualité

⁶ CQCM, op.cit., mars 2006.

⁷ Faits saillants 2002

4.5.4.2. Nombre de médecins à Sherbrooke

La Ville de Sherbrooke, bien qu'elle ne soit pas à plaindre, n'échappe guère davantage à cette pénurie de médecins. En 2007, sur les 360 omnipraticiens répartis en Estrie, 219 pratiquaient à Sherbrooke. Par contre, en considérant seulement les heures consacrées à la pratique, cela équivaut à 110 médecins à temps plein pour 150 000 personnes. Le ratio établi pour la prise en charge est d'un médecin pour 1000 patients, laissant ainsi 40 000 personnes dépourvues de médecin de famille. Selon Dr Raymonde Vaillancourt, ce sont 21% de la population sherbrookoise qui n'a pas de médecin, dont environ 21 000 (2/3) qui sont âgés entre 18 et 25 ans et qui ne s'en préoccupent pas; laissant un peu plus de 13 000 personnes dans le besoin (Gougeon, La Tribune, 2007).

Aussi, le nombre de médecins par 10 000 personnes est un indice de l'accessibilité aux soins médicaux. En Estrie, en 2000, le nombre de spécialistes (10,6) est légèrement plus haut que celui du Québec (9,9) et il en est de même pour les omnipraticiens (11,8 contre 9,8). Par contre, c'est la situation des omnipraticiens qui nous intéressent dans le cadre de cette étude. De 1998 à 2000, le nombre de spécialistes est demeuré stable alors que celui des omnipraticiens a légèrement augmenté, tant en Estrie qu'au Québec.

4.5.4.3. Nombre de cliniques

À Sherbrooke, il y a actuellement 5 GMF pour environ 20 cliniques privées. Il n'y a aucune coopérative médicale d'implantée. Par contre, des coopératives sont en organisation au niveau de l'aspect préventif de la santé (Coopérative de l'Université de Sherbrooke). Rappelons aussi qu'il existe déjà des coopératives qui distribuent des soins de santé à domicile.

4.6. Situation des coopératives de santé en Estrie

4.6.1. Plan de répartition et coopératives

Au point de départ, les ententes de plan de répartition de médecins (PREM) constituent une contrainte supplémentaire pour les coopératives de santé, même si leurs effets peuvent être positifs. Pour peu que le plan régional d'effectifs médicaux soit incomplet, la coopérative pourra éventuellement recruter, mais pour ce faire elle devra tenir compte du PREM et le nombre de médecins recrutés pourrait être limité. À l'opposé, si le PREM est complet, et même si la coopérative est située dans un bassin de plusieurs milliers d'habitants en déficit de médecins, le recrutement lui sera interdit.

Les instances décisionnelles au niveau de la Santé parlent de plus en plus de l'importance de trouver des façons innovantes afin de permettre à chaque citoyen de pouvoir recevoir des soins de santé lorsque nécessaire et surtout d'y avoir accès.

La CDR – Estrie s'interroge aussi sur la plus-value que pourrait avoir l'implantation de Coopérative de santé en région et particulièrement à Sherbrooke. Une Coopérative de santé a été initiée par le Maire d'Eastman (Planification stratégique pour le développement basé sur les services à la population) et une autre coopérative est à l'étude pour Magog. Faut-il prioriser ces initiatives à d'autres?

On remarque que les tendances de création de Coopérative au niveau des cliniques médicales se sont surtout réalisées autour d'une absence ou pénurie de médecins. Bien qu'il semble que Sherbrooke manque de médecin, nous n'avons pas raison de croire qu'une initiative de création de coopérative ou encore une réelle volonté est présente. Dernièrement, la région a surtout connu l'émergence de groupe de médecine familiale (GMF).

4.6.2. Situation des autres coopératives en Estrie

En Estrie, il existe une forte tradition de gestion coopérative laquelle se traduit par 146 coopératives non-financières (au 31 décembre 2006) et des coopératives à succès telle la *Coopérative de services à domicile de l'Estrie* qui compte plus de 3400 membres (en 2002) et qui

offre une panoplie de services adaptés aux besoins des clients. D'ailleurs, ce fut la première coopérative à offrir ces services en 1989 au Québec, alors qu'aujourd'hui, on en compte 44 dans la province.

Il est possible de saisir l'importance du secteur coopératif en Estrie par l'évolution de l'actif qui est de l'ordre du 141 820 326 \$ (2005) alors qu'il était de 112 006 741\$ en 2001. Tous les chiffres ont augmenté que ce soit le chiffre d'affaire qui s'élève désormais à 148 762 822\$, le nombre de membres qui augmenté, passant de 60 108 à 66 682 membres, de même que le nombre d'emplois qui se situent à 2534 (pour 1651 en 2001)⁸. En 2007, on comptait 76 coopératives non-financières à Sherbrooke : dont une ambulancière et deux coopératives dans le secteur des services sociaux.

En Estrie, la CDR est une actrice importante puisqu'il permet de renforcer le mouvement coopératif, mais surtout d'offrir un certain support technique aux coopératives, un service-conseil pour la création, le démarrage et le suivi.

Au-delà des coopératives de soins de santé, il est à noter qu'il y a une forte présence des coopératives de toutes sortes en Estrie; que ce soit des coopératives de solidarités, de travailleurs ou d'usagers. Pour ne parler que de l'habitation, il faut savoir que l'Estrie en compte une cinquantaine. La fédération Coop-Habitat Estrie regroupe 43 coopératives d'habitation et offre plus de 1300 logements en Estrie. Aussi, l'Estrie héberge la plus grosse coopérative d'habitation au Québec. Il s'agit de la coopérative des Cantons-de-l'est qui, à elle seule, offre 250 logements.

En matière de services à domicile, on compte 2 coopératives en Estrie : c'est-à-dire la Coopérative de solidarité de services à domicile Memphrémagog et la Coopérative de services à domicile de l'Estrie. Cette dernière compte environ 4500 membres et emploie plus de 125 personnes. Ces chiffres nous démontrent que ces coopératives vont bien. En 2005-2006, la Coopérative de services à domicile de l'Estrie a même investi 97 735 \$ à la modernisation de ses

⁸ Chiffres tirés du document « Système locale d'innovation coopérative », CDR Estrie, mai 2008.

outils informatisés de gestion. La présence d'une expertise relative au modèle coopératif en Estrie et plus précisément à Sherbrooke n'est plus à démontrer. Effectivement, devons-nous rappeler que la Maison de la Coopération qui réunit tous ces organismes (Fédération Coop-Habitat Estrie, la Coopérative d'habitation des Cantons-de-l'Est, et la Coopérative de services à domicile de l'Estrie, en plus de la CDR – Estrie et de la Fédération des coopératives funéraires du Québec) se situe à Sherbrooke. Sans compter que l'Université de Sherbrooke offre même une maîtrise en gestion des coopératives. Bref, le savoir-faire en matière d'implantation et de support à la gestion coopérative est présent dans le milieu sherbrookoïse.
