

XLV<sup>e</sup> Colloque de l'Association de science régionale de langue française (ASRDLF)

« *Territoires et action publique territoriale : nouvelles ressources pour le développement régional* »

Université du Québec à Rimouski, 25 août 2008

## LES COOPÉRATIVES DE SANTÉ : RÉALITÉS ET ENJEUX DE LEUR PRÉSENCE AU QUÉBEC

---

Marie-Ève GIROUX<sup>1</sup>

Yvan COMEAU<sup>2</sup>

### Résumé

*Depuis 1995, et plus particulièrement depuis 2006, on retrouve un nouveau type d'organisation de nature collective, agissant à titre de clinique coopérative de santé. Cette communication concerne la présence de ce type d'organisation, les coopératives de santé, sur le territoire québécois. La communication vise d'abord à illustrer la réalité de ces organisations au sein du système de santé, soit leur type, leur nombre et leurs différentes caractéristiques. Le portrait de ces organisations permet ensuite de dégager les principaux enjeux liés à leur présence au Québec. Les principaux enjeux identifiés sont les suivants : la conception de la santé, les fonctions assumées par l'État, l'équité d'accès aux soins et services de santé, le type de gouvernance, la place du privé et la capacité d'innovation sociale dans le domaine de la santé. Cette exploration de la réalité et des enjeux de la présence des coopératives de santé au Québec nous amène ensuite à examiner la place que peut avoir la coopération dans le secteur de la dispensation des soins de santé au Québec.*

**Mots clés :** Coopératives de santé, coopératives, système de santé, entreprises collectives, économie sociale, Québec

### Introduction

Cette communication vise à illustrer la réalité et les enjeux liés à la présence des coopératives de santé au Québec, afin d'initier un débat sur la place qu'elles peuvent occuper au sein du système public de santé. Elle s'inspire de la réalisation d'un cahier de

---

<sup>1</sup> Étudiante à la maîtrise en Service social et auxiliaire de recherche Centre de recherche, d'information et de développement de l'économie solidaire (CRIDÈS), Université Laval, marie-eve.giroux.2@ulaval.ca

<sup>2</sup> Ph. D., professeur titulaire, École de service social, Université Laval et directeur du CRIDÈS  
yvan.comeau@svs.ulaval.ca

recherche (Giroux, 2008), prenant la forme d'une recension critique des écrits, qui porte sur les enjeux et la place des coopératives et des OBNL dans le système de santé au Québec. L'écriture de ce cahier de recherche visait principalement à illustrer la présence de l'économie sociale et de la coopération dans le domaine de la santé au Québec, puis à identifier les enjeux relatifs à la présence de ces organisations dans ce domaine, afin d'examiner quelle place ces dernières peuvent ou ne peuvent pas avoir dans ce secteur d'activité. Certaines sections de ce cahier de recherche concernent plus spécifiquement les coopératives de santé québécoises.

Le sujet de cette communication concerne donc des pratiques innovatrices de développement social des territoires à l'échelle régionale dans le domaine de la santé, la majorité des coopératives de services de santé québécoises ayant vu le jour dans des milieux régionaux, afin de maintenir des services de santé dans ces communautés ainsi que la vitalité de ces dernières. Il doit son originalité au fait qu'il touche tant au développement des collectivités de territoires donnés, qu'aux politiques publiques soutenant le développement de ces collectivités ainsi qu'à la participation de la société civile et des acteurs locaux dans ce développement. Son originalité provient également du fait que, face aux habituels débats duals en santé, entre étatisation et privatisation, elle s'intéresse à l'apport d'une troisième possibilité issue d'entreprises collectives. De plus, dans le contexte actuel de remise en question du système de santé québécois, ce sujet est particulièrement d'actualité et nécessite qu'on explore ses réalités, ses enjeux et la place que ces organisations pourraient occuper au sein de ce système.

La communication se divise en trois parties. Elle consiste d'abord, à dresser un portrait de la réalité des coopératives de santé au Québec, soit leur nombre, les différents types de coopératives, ainsi que leurs caractéristiques. Ensuite, différents enjeux, identifiés dans le cahier de recherche, liés à l'émergence et à la présence des coopératives de santé québécoises, sont exposés. Puis, en dernière partie la question de la place de ce type d'organisations, les coopératives de santé, dans le système de santé québécois est abordée.

## **1. Réalité des coopératives de santé au Québec**

La première coopérative de santé au Québec a été fondée en 1944, dans le quartier Saint-Sauveur à Québec, par le Dr. Jacques Tremblay et un noyau de collaborateurs (dont certains provenant du Mouvement des caisses Desjardins) en tant que Coopérative de services de santé de Québec. Elle visait d'abord à procurer des services de santé à la classe ouvrière. L'adhésion était libre et ouverte à tous et la cotisation annuelle était fixée à 5 \$ en plus d'une cotisation mensuelle de 3 \$. Les membres pouvaient alors utiliser les services de santé dont ils avaient besoin sans autres paiements. Les principes à la base de la formation de cette coopérative étaient : la pratique médicale au sein d'une équipe, la médecine préventive plutôt qu'uniquement curative, le paiement périodique de tous les membres (tant les malades, que les biens portants) et la gestion de la coopérative par contrôle démocratique. Deux ans plus tard, en 1946, la coopérative étend ses actions à l'ensemble du Québec et devient les Services de santé du Québec (SSQ). Elle offre alors

une protection à ses membres couvrant les frais médicaux, chirurgicaux et hospitaliers. Puis en 1955, la coopérative modifie son statut pour celui de société de secours mutuel et concentre alors son action dans le domaine de l'assurance collective. Elle ajoute alors à son offre de services, l'assurance-vie et l'assurance-salaire. Cette coopérative a été à l'origine de ce que nous connaissons aujourd'hui comme la Mutuelle SSQ (Ouellet et Vallières, 1986). Une autre expérience de clinique coopérative de santé s'est déroulée avec la Clinique des citoyens de Saint-Jacques fondée en 1968 et transformée en clinique coopérative « médicale » d'usagers et usagères en 1970. Cependant, en 1986, tout comme d'autres cliniques communautaires, la Clinique des citoyens de Saint-Jacques est intégrée au CLSC du Plateau-Mont-Royal (Boivin, 1988 ; Comeau et Girard, 1996 ; Girard, 2006).

Mis à part, ces quelques expériences isolées, ce n'est qu'à partir du milieu des années 1990 que les premières coopératives de santé, telles que nous les connaissons aujourd'hui, apparaissent sur le territoire québécois. Une coopérative de services de santé est une organisation ayant le statut juridique de coopérative et offrant des soins médicaux, de santé et de bien-être (Comeau et Girard, 1996). La première, fondée en 1995, est la Coopérative de services de santé Les-Grès, à Saint-Étienne-des-Grès dans la région de la Mauricie. Celle-ci a été créée suite à la mobilisation de la population et d'acteurs de cette communauté, telles la municipalité et la caisse populaire locale, pour le maintien de services de santé de proximité. D'autres communautés se sont ensuite intéressées à ce modèle (Comeau et Girard, 1996 ; Girard, 2006). Les coopératives de santé ont d'abord connu un développement lent (création de cinq premières coopératives entre 1995 et 2000), pour ensuite voir leur présence croître tranquillement entre 2001 et 2005 et finalement connaître un boom important faisant pratiquement doubler leur nombre en 2006 et 2007. Le tableau 1 présente le nombre de coopératives de santé au Québec selon leur année de constitution. Actuellement, il existe environ une trentaine de coopératives de services de santé au Québec, certaines étant déjà en activité, alors que d'autres en sont plutôt au stade de fondation (Brassard, 2007 ; Brassard, 2008).

**Tableau 1 : Nombre de coopératives de services de santé au Québec selon l'année de constitution (1995-2007)**

Année de constitution	Nombre de coopératives de services de santé	Année de constitution	Nombre de coopératives de services de santé
1995	1	2002	3
1996	1	2003	2
1997	0	2004	1
1998	0	2005	2
1999	3	2006	8
2000	0	2007	10
2001	1		
<b>TOTAL</b>		<b>32</b>	

Source : Brassard, 2007; Brassard, 2008

La majeure partie de ces organisations, surtout celles qui ont fait leur apparition après les années 2000, se sont développées selon un modèle de coopérative de solidarité, permettant tant à des travailleurs, que des utilisateurs ou des membres de soutenir et de soutenir l'organisation. Le tableau 2 illustre le nombre de coopératives selon leur type ou statut juridique (Brassard, 2007 ; Brassard, 2008).

**Tableau 2 : Nombre de coopératives de services de santé au Québec selon le type de coopérative (1995-2007)**

Type de coopérative	Nombre de coopératives de services de santé
Coopérative de solidarité	26
Coopérative de consommateurs	2
Coopérative de producteurs	2
Coopérative de travailleurs	2
<b>Total</b>	<b>32</b>

Source : Brassard, 2007; Brassard, 2008

Il n'existe pas de modèle unique de coopérative de services de santé, chacune étant créée en fonction des particularités du milieu ainsi que des besoins locaux. Néanmoins, une des caractéristiques communes de ces organisations est la mise sur pied et l'offre de services hospitaliers et cliniques assurant la dispensation de soins de santé aux membres de la coopérative ainsi qu'à la population (Comeau et Girard, 1996). Elles ont été créées principalement, afin de combler une pénurie locale de services de santé (dont l'absence d'un médecin à proximité). Comme aucune solution ne semblait venir, ni de l'État, ni des CLSC, ni des médecins, ni des grandes surfaces commerciales, les citoyens et citoyennes, avec divers alliés locaux, ont mis sur pied des projets collectifs. À l'exception du projet d'Aylmer, tous les autres se sont déroulés dans des petites communautés rurales et les projets ont été démarrés à partir de zéro (construction ou achat d'un bâtiment, location à des professionnels, recrutement de médecins, recrutement de membres, etc.). Dans le cas du projet d'Aylmer, il a pris place à Aylmer secteur urbain de la ville de Gatineau et s'est concrétisé suite à l'acquisition, par la coopérative, d'une clinique médicale, avec des médecins y pratiquant déjà (Girard, 2006).

## 2. Enjeux de la présence des coopératives de santé

La recension des écrits, menée dans le cadre du cahier de recherche sur la place des coopératives et des OBNL dans le système de santé au Québec (Giroux, 2008), nous a permis d'identifier six enjeux principaux liés de la présence de ces organisations dans ce secteur d'activité. Les enjeux, qui se dégagent de notre analyse, seront exposés avec l'exemple des coopératives de santé. Ces enjeux sont les suivants : la conception de la santé, les fonctions assumées par l'État, l'équité d'accès aux soins et services de santé, le type de gouvernance, la place du privé et la capacité d'innovation sociale dans le domaine de la santé.

## 2.1 Conception de la santé

La conception de la santé, sous-jacente à l'organisation du système de services et de soins de santé, représente un des enjeux les plus généraux associés à la présence des coopératives de santé. Selon l'OMS, la santé est plus que seulement l'absence de maladie; c'est un état de bien-être complet, tant physique, moral que social. On sait que des critiques virulentes ont été adressées au système de santé sur au moins deux plans : le mode providentiel de livraison des services qui met les usagers et usagères du système de santé en situation de consommateurs passifs de soins et de services, et la dépossession des personnes de leur propre santé par la médecine, qui se caractérise comme un système dont les incidences contre-productives se manifestent sur les plans économique, social et culturel (Illich, 1975). Lorsqu'il est question de la présence des coopératives dans le domaine de la santé, c'est notamment la façon d'envisager la santé qui est en cause. Les observations faites sur certaines initiatives de coopératives de santé, montrent que plusieurs d'entre elles adoptent une vision plus large et plus globale de la santé que la seule consultation médicale ou la simple réception d'un service de santé. Cette vision globale de la santé inclut à la fois la promotion de la santé, la prévention ainsi qu'une préoccupation pour les déterminants socio-économiques de la santé (Giroux, 2008). Par exemple à Saint-Étienne-des-Grès, les initiateurs du projet de coopérative de services de santé ont également mis sur pied une résidence pour personnes âgées. D'autres projets alliant soins de santé traditionnels (médecin, physiothérapeute, dentiste, etc.) et services de médecine alternative (massothérapeute, ostéopathe, naturopathe, etc.) ont également été mis sur pied (Girard, 2006). Du côté de la Coop santé de l'Université de Sherbrooke, coopérative de solidarité, officiellement constituée le 9 juillet 2007, on a choisi d'inscrire clairement dans la mission de l'organisation les volets de la prévention et de la promotion de la santé, en plus d'agir sur divers déterminants de la santé (Coop de santé de l'Université de Sherbrooke, 2008). Dans cette optique, ce type d'initiative reconnaît que le maintien d'une bonne santé dépend de divers déterminants de la santé, touchant les habitudes de vie ainsi que les conditions socio-économiques.

En regard de cet enjeu de la conception de la santé, un des principaux défis qui se posent pour les coopératives de santé est d'adopter une vision plus large et plus globale de la santé que la seule consultation médicale ou la simple réception d'un service de santé. De plus, les coopératives de santé pourront d'autant mieux justifier leur pertinence si elles peuvent relever le défi de transformer le rapport de consommation dans les services de santé. Il s'agit pour elles de faire passer les usagers et usagères de simples consommateurs de services offerts, à des citoyens et citoyennes engagés dans la prise en charge de leur santé et impliqués dans les décisions entourant la desserte des soins et services de santé (Brassard, 2007). Certaines expériences de coopératives de santé québécoises vont d'ailleurs en ce sens.

## 2.2 Fonctions assumées par l'État

Dans les années 1960 et 1970, l'État québécois s'est impliqué massivement dans divers volets du système de santé. Le rôle et la place qu'il occupait alors lui conféraient des fonctions dans la majeure partie des volets du système de santé, soit autant dans la

prestation des services, dans la gestion des infrastructures et des ressources, dans la régulation et la réglementation des services ainsi que dans leur financement. C'est ainsi que le système de santé et la prestation de services ont été grandement transformés. La mise en place du réseau public d'établissements de soins de santé et de l'assurance-maladie ont permis à tous les citoyens et citoyennes du Québec d'avoir accès gratuitement à toute une série de services et de soins de santé couverts par ce nouveau régime. Cependant, avec la difficile conjoncture économique du début des années 1980 et du début des années 1990, dans le contexte de crise fiscale de l'État-providence, l'État prétend ne plus avoir les moyens d'assumer toutes les fonctions qu'il souhaitait assurer et qu'on lui imputait à l'origine du régime public, universel et gratuit. Le souci de freiner les coûts de la santé pour l'État a constitué le motif central de bon nombre de décisions. Il a cherché à limiter ses fonctions dans le domaine de la santé, et a cessé d'entreprendre et de développer de nouveaux services dans ce domaine. On assiste de plus en plus à un transfert de responsabilité vers le secteur privé à but lucratif, les ressources communautaires et le milieu familial (Vaillancourt, 1996 ; Comeau et Girard, 2000).

Les coopératives de santé sont pour leur part particulièrement concernées par les fonctions d'offre de ressources et d'infrastructures (pour des services médicaux) ainsi que la question cruciale du financement. Sur le plan des ressources et des infrastructures, jusqu'à tout récemment, la majeure partie des établissements du réseau de la santé et des services sociaux relevaient du secteur public. Cependant, à partir des années 1990, la tendance a été pour l'État de confier à d'autres la propriété des institutions existantes, la mise en place de nouvelles infrastructures ainsi que la gestion de ressources matérielles. Au cours des dernières années, de plus en plus de ressources et d'infrastructures ont donc été prises en charge par des organisations du secteur marchand et de la société civile. Dont, plus récemment certaines cliniques coopératives de santé (Comeau et Girard, 2000).

La question du financement des projets de coopératives de services de santé, constitue, quant à elle, un aspect crucial du bon fonctionnement et du maintien de ce type de projet. Le financement ces organisations peut venir de diverses sources, telles les parts sociales acquises par les membres de la coopérative et des cotisations annuelles (pour certaines coopératives) (Brassard et Brochu, 2007). Diverses sources externes de financement peuvent également s'offrir à ces dernières, telles des contributions de la caisse populaire locale, du Centre local de développement (CLD), du Réseau d'investissement social du Québec (RISQ) et du Secrétariat aux coopératives. Le financement de ces projets peut également provenir de dons ou subventions accordés par divers organismes. Il est également possible pour ces coopératives de se financer par la création d'une fondation dont les fonds sont dédiés à la coopérative ou par la réception des fonds d'une fondation existante. Des campagnes de financement et de souscription auprès de la population, des commerces locaux, des clubs sociaux ainsi que d'organismes du milieu peuvent également être organisées (Benoit, 2007).

C'est ainsi que l'enjeu des fonctions assumées par l'État se trouve posé. Pour diverses raisons, les fonctions que le projet initial d'un régime public de type providentialiste accordait à l'État ont en partie été transférées à d'autres types d'organisations. Les

entreprises collectives contribuent à ce transfert selon des modalités qui leur sont propres et qui correspondent aux caractéristiques suivantes : responsabilité collective, fonctionnement démocratique, mobilisation des ressources locales et redistribution des surplus-ci, entre autres choses. Le débat porte sur la place respective qui revient à l'État, au secteur privé, aux entreprises collectives ou d'économie sociale (OBNL, coopératives), aux organismes communautaires et aux milieux familiaux quant aux fonctions de réglementation, de financement, de prestations de services et la gestion des infrastructures et des ressources (Giroux, 2008).

### 2.3 Équité d'accès aux soins et services de santé

Dans les dernières décennies, l'état de santé global de la population québécoise a connu une grande amélioration, notamment grâce à la mise en place du régime d'assurance-maladie universel, garantissant la gratuité d'accès à de nombreux soins médicaux pour toute la population. Cependant, malgré ces améliorations, les individus et les communautés ne semblent pas toujours égaux devant la maladie et l'accès aux soins. En effet, malgré les plans d'effectifs médicaux du gouvernement, certaines régions et communautés sont constamment en pénurie de ressources médicales. Dans certaines régions et pour certaines classes de populations, il semble alors difficile d'avoir accès à un médecin de famille et les services médicaux spécialisés sont souvent engorgés. À cet effet, des études ont démontré que « les citoyens vivant en milieu rural ou en milieu septentrional ont accès à moins de services, ils doivent se déplacer davantage, ils consultent moins – donc, ils ont moins de chances d'avoir un diagnostic précoce de maladie [...] Une mauvaise accessibilité aux soins de santé cause donc à terme une augmentation des cas d'hospitalisation » (Girard, 2006 : 82). Un sondage, réalisé en collaboration avec la Fédération québécoise des municipalités (FQM) auprès de municipalités comptant entre 1 000 et 10 000 habitants, montre qu'environ 125 municipalités n'auraient pas de services de santé dans un rayon de huit kilomètres. De plus, 30 autres municipalités prévoient manquer de services de santé de proximité dans deux à trois ans. Cependant, cette situation de ressources limitées n'est pas seulement celle des régions. En effet, dans les quartiers défavorisés des grandes villes, les populations ont souvent moins accès à des services médicaux de première ligne, les médecins ayant tendance à s'installer beaucoup plus dans les quartiers plus aisés. Ce sont donc les autochtones, les populations des quartiers défavorisés ainsi que les petites communautés rurales qui semblent particulièrement touchées par ces problématiques de pénurie et de répartition inéquitable des ressources et des effectifs médicaux (Girard, 1997; Girard, 2006).

Le maintien de services de proximité peut également être vu comme un facteur de développement local et régional. En effet, avec le vieillissement de la population, il apparaît de plus en plus essentiel d'assurer des services de proximité, afin de conserver la vitalité des communautés. Les personnes âgées ayant souvent besoin de plus de services ou d'assistance médicale auront tendance à s'installer dans des endroits où ils pourront avoir accès à des services locaux. La disparition des cliniques des petits villages et la concentration des effectifs médicaux dans des polycliniques et hôpitaux situés dans les

viles plus importantes pourraient donc avoir des effets déstructurant sur la vitalité des petites communautés (Brassard, 2007 ; Girard, 2006).

Sur cet enjeu, les coopératives de santé sont susceptibles de constituer une avenue intéressante pour l'offre de services sur des territoires délaissés par les secteurs public et privé. Elles peuvent représenter une solution à l'absence de services de santé dans certaines régions. Cependant, un enjeu majeur, en terme d'accessibilité, les concernant se rapporte aux systèmes de cotisations de ces dernières. En effet, il n'existe pas de modèle unique d'implantation des coopératives de santé au Québec et certaines coopératives ont instauré, en plus de l'acquisition des parts sociales initiales, un système de cotisations annuelles demandées à leurs membres. Ces pratiques incitent à demeurer vigilants sur les questions d'accessibilité et de gratuité des soins et services de santé (Fournier, 2007). De plus, comme la majeure partie des nouveaux projets de coopératives de santé se sont développés en milieu rural ou régional, les cotisations annuelles, demandées par certaines d'entre elles, peuvent représenter des limitations sur le plan de l'équité d'accès aux services de santé, entre les milieux urbains et les milieux ruraux, et des coûts d'accès à ces services pour les différentes populations (Giroux, 2008)

## 2.4 La gouvernance

Cet enjeu concerne notamment les relations entre l'État québécois et les coopératives de santé ainsi que la place de ces dernières au sein du système de santé. Dans cette perspective, la gouvernance est vue comme la manière et la méthode de gestion entendues au sens large. La gouvernance est redevable à la régulation du système de santé, autrement dit, l'ensemble des règles et des mécanismes assurant son fonctionnement. Les coopératives de santé (et autres initiatives de l'économie sociale ou entreprises collectives), de par leurs principes de base de fonctionnement, permettraient de répondre davantage aux besoins locaux ainsi qu'à l'intérêt général, alors que les initiatives privées répondraient beaucoup plus aux besoins du marché ainsi qu'aux intérêts privés. Dans cette perspective, les entreprises collectives favoriseraient l'ouverture à tous, la finalité d'usage, un système de reddition de comptes ainsi qu'un mode de gouvernance clair et renouvelable (Girard, 2006). Ces types d'organisations dans le domaine de la santé permettraient également, dans certains cas, d'apporter des réponses nouvelles et différentes aux problématiques et de les traiter sous d'autres angles.

La démocratisation du système de santé par une plus grande participation et implication des citoyens est également un aspect non négligeable lié à sa gouvernance. Depuis plus de 30 ans, l'OMS recommande d'encourager la participation citoyenne aux services de santé de première ligne, de renforcer les communautés et de promouvoir l'engagement des organismes non gouvernementaux, incluant les coopératives. Depuis, plus de trois décennies, la participation des citoyens et citoyennes à l'organisation du système de santé québécois représente un enjeu important dans les débats publics. Les problèmes liés à la participation citoyenne concernent la mauvaise distribution du pouvoir entre les acteurs du système ainsi que la faible légitimité des institutions représentatives. La participation des citoyens et citoyennes représente donc une condition essentielle à la bonne gouvernance du système de santé. Dans cette perspective, il importe donc de renforcer la



capacité des citoyens et citoyennes d'influencer directement les organisations leur offrant des services. Cette participation de la population à l'organisation du système de santé contribue également à assurer l'intégrité des régimes collectifs de protection sociale, notamment parce qu'elle facilite leur appropriation par les citoyens et citoyennes. Dans cette optique, elle représente donc une expression concrète de la solidarité (Forest et al., 2000).

Les coopératives de santé ont la particularité de requérir l'implication des citoyens et citoyennes ainsi que d'autres acteurs du milieu, tant pour leur mise en place que pour assurer leur continuité. Le rôle des citoyens et citoyennes dans la création, l'implantation, le développement, la gestion ainsi que le maintien de ces projets est donc primordial. Dans une étude portant sur la comparaison de divers établissements de services de première ligne en santé au Québec, Comeau et Girard (2000) concluent que les coopératives de services de santé ainsi que les OBNL œuvrant dans ce secteur permettent une beaucoup plus grande implication des usagers et usagères et des producteurs que les cliniques privées ou les CLSC. Ces projets issus de la communauté ont souvent une structure organisationnelle assez démocratique grâce à laquelle les citoyens et citoyennes peuvent avoir une emprise sur la gestion de leur santé. De plus, la participation des usagers et usagères à la gestion des coopératives ou des OBNL dans le domaine de la santé a pour effet d'augmenter l'autonomie et la responsabilité des collectivités, procurant également une meilleure sensibilité et adaptation aux besoins du milieu. La participation des membres, dans un projet de coopérative de services de santé, se doit donc d'être importante et s'illustre tant dans la participation à la propriété, qu'au pouvoir. Les membres participent à la propriété en souscrivant à des parts sociales. Cette formule de propriété de la coopérative par les citoyens et citoyennes en fonction de l'acquisition de parts sociales stimule souvent un sentiment de fierté chez les usagers et usagères qui se considèrent « copropriétaires » de la clinique. La participation au pouvoir, quant à elle, s'exprime à travers l'exercice de la démocratie, notamment par le biais du conseil d'administration ainsi que de l'assemblée générale. L'exercice de cette démocratie, au sein de la coopérative, s'effectue selon le principe « une personne, un vote », peu importe le nombre de parts sociales que cette personne détient. Les membres qui se considèrent comme copropriétaires de la clinique s'intéressent souvent beaucoup plus à ce qui se passe à l'intérieur de celle-ci (Giroux, 2008).

Les observations montrent que la mobilisation et la motivation des membres sont souvent beaucoup plus grandes dans la phase de démarrage ainsi que dans les premières années de vie de la coopérative. Cependant, avec le temps, cette mobilisation connaît souvent un essoufflement. Ceci s'explique par le fait que les coopératives naissent pour répondre à un besoin et faciliter la réalisation d'une solution, afin de combler un manque de services. Une fois le besoin comblé, les personnes non membres (qui ont tout de même accès au médecin de la coopérative en vertu de la Loi canadienne sur la santé) ressentent moins la nécessité de devenir membre pour la réussite du projet. Par ailleurs, plus la coopérative sera située à proximité d'un individu, plus celui-ci sera motivé à devenir membre. La mobilisation apparaît essentielle pour la poursuite du développement de la coopérative et son maintien représente un réel défi face auquel il faut innover. Des efforts doivent également être investis du côté du recrutement de nouveaux membres, afin de renouveler

cette mobilisation (Girard, 2005a ; Girard, 2006; Benoit, 2007). La mobilisation d'acteurs locaux clés, autres que les citoyens et citoyennes, est également importante pour le bon fonctionnement des coopératives de services de santé. Parmi les plus importants, on retrouve la municipalité, la caisse populaire locale, le CLD ainsi que des commerces locaux. L'appui de ces acteurs se manifeste tant du côté des ressources humaines, matérielles ou financières, que sur les plans de l'expertise ou du réseautage. La question de la participation des citoyens dans les projets de coopératives de santé, pose donc, pour ces dernières, le défi d'aller plus loin que la seule offre de services médicaux ou que le désir d'attirer des médecins, en permettant une démocratisation de la gouvernance des structures de santé par les citoyens ainsi que la mise en place d'un réel partenariat entre les médecins et la société civile (Giroux, 2008)

## 2.5 La place du privé

L'intégration de cliniques médicales à des pharmacies et des grandes surfaces commerciales représente un modèle en émergence au Québec et ailleurs au Canada. Le Groupe Jean Coutu ainsi que la chaîne d'épiceries Loblaws sont les plus présents dans ce secteur. En 2004, au Québec, il existait environ 80 PJC cliniques (propriété de Jean Coutu) où pratiquaient plus de 1 000 omnipraticiens. Pour ce qui est de Loblaws, plusieurs épiceries ayant déjà intégré des pharmacies, certaines se lancent maintenant dans la mise en place de cliniques médicales. Toujours en 2004, 50 cliniques médicales appartenant à Loblaws existaient dans huit provinces canadiennes. Ces entreprises mettent de l'avant une stratégie d'affaires faisant appel au développement du modèle du marché de destination (« one stop shopping ») où plusieurs biens et services (épicerie, supermarché, pharmacie, clinique médicale) sont offerts aux consommateurs en un même lieu (Assoumou-Ndong, Girard et Ménard, 2005). Ce type de cliniques s'installe habituellement dans des marchés dits solvables, soit des marchés comptant 10 000 habitants et plus. Elles se développent donc beaucoup plus selon les intérêts du marché et non les besoins de la population. Cette pratique risque donc d'entraîner une concentration des effectifs médicaux dans les centres urbains et les plus grandes villes, laissant les petites communautés principalement rurales avec un manque d'accès à des services de santé locaux (Girard, 2006). Ce phénomène couplé avec celui du vieillissement de la population pourrait avoir un impact démographique négatif encore plus important sur les petites communautés qui verraient une partie de leur population quitter pour se rapprocher de services de santé. De surcroît, le développement de ces cliniques « commerciales » s'effectue majoritairement selon le modèle du sans rendez-vous. Cette tendance est totalement à l'opposée des recommandations sur l'importance de la prévention et du suivi médical du patient ainsi qu'à l'opposé d'une conception globale de la santé. Ce type de développement de cliniques médicales n'apporte donc aucune amélioration ni à la pénurie de médecins et de ressources médicales, ni au manque d'approches préventives en santé et constitue même un risque de dérive marchande de la santé (Giroux, 2008)

Ces cliniques médicales, appartenant à des pharmacies ou des grandes surfaces commerciales, représentent une concurrence importante pour les autres organisations du secteur de la santé. Leur présence pose donc un double défi aux coopératives de santé,

soit à la fois de montrer que leurs projets vont plus loin que les cliniques privées et de se positionner pour contrer la compétition de ces dernières, notamment sur les plans du recrutement de professionnels et du financement. Tout indique que les projets de coopératives de services de santé, même si certains les qualifient de « privatisation », sont bien différents des réelles initiatives privées dans le secteur de la prestation des soins et services de santé. Le statut de projet de type coopératif est privé au sens de la loi, des individus se regroupant sur une base libre et volontaire pour faire fonctionner une entreprise répondant à leurs besoins. « Cependant si la coopérative a un statut privé, il ne faut pas procéder par amalgame et la confondre avec d'autres corporations privées, telle la société par actions. Sa finalité est radicalement différente ; elle cherche avant tout à satisfaire les besoins de ses membres (logique d'usage) plutôt que de rechercher le rendement sur le capital, dégager les profits maximums en vue de satisfaire les détenteurs d'actions. En outre, le pouvoir en son sein n'est pas lié à la détention du capital, mais procède selon une règle d'égalité entre les membres. C'est pourquoi, par sa finalité, certains vont associer les coopératives au troisième secteur ou au tiers secteur, à l'économie sociale, ou encore, comme le suggère le rapport du groupe Arpin (1999), du privé, mais à finalité non lucrative. On peut aussi retenir l'expression d'Yves Vaillancourt de l'UQAM qui parle plutôt de processus de communautarisation » (Girard, 2005b : 9).

La concurrence du modèle de cliniques intégrées à des pharmacies est importante et difficile à supporter pour des cliniques coopératives de soins de santé. Certains projets de coopératives de services de santé ont dû faire face à cette concurrence du secteur privé, notamment de pharmacies qui offrent aux médecins des locaux et équipements « clé en main » à des coûts dérisoires. Par exemple, à Sainte-Anne-des-Plaines, alors que les citoyens et citoyennes avaient mis deux ans à mettre sur pied une coopérative de services de santé et à recruter deux omnipraticiens, celle-ci a dû fermer ses portes, les deux médecins ayant quitté suite à l'offre du groupe Pharmacies Jean Coutu de venir pratiquer dans une clinique toute neuve. À Saint-Jean-de-Matha, un projet de coopérative de services de santé a lui aussi été interrompu en raison de la trop grande concurrence d'une pharmacie (Dugas, 2005).

## **2.6 La capacité d'innovation sociale**

Les coopératives de santé peuvent contribuer à l'innovation sociale. Pour y contribuer, elles doivent s'intégrer dans un modèle de développement plus large, soit de type solidaire, incluant un développement économique plus démocratique et inclusif, une démocratie participative et une citoyenneté active. Dans ce modèle, l'État conserve une place d'importance en matière de législation et de financement, en plus de maintenir et renouveler les services dispensés dans le réseau public. Les coopératives de santé peuvent alors offrir certains services de qualité non offerts par le secteur public ou dans des régions délaissées par ce dernier (Giroux, 2008). Cette capacité d'innovation sociale réfère alors à la façon que ces organisations ont de combiner les ressources du marché, de l'État ainsi que des contributions bénévoles ou du secteur non marchand. Elle concerne également l'implication citoyenne et collective dans la création de la richesse ainsi que ses multiples façons de répondre aux besoins des collectivités locales (Lévesque, 2006).

Ce dernier enjeu, pose, aux coopératives de santé, le défi de proposer un modèle de prise en charge de la santé différent, dans une perspective collective et plus près des besoins et des réalités locales d'une communauté. Comme ces initiatives sont issues des milieux, elles sont souvent beaucoup plus près des besoins et réalités de ces derniers et présentent une capacité d'innovation sociale plus importante. Cette attention apportée aux besoins et demandes des usagers et usagères différencie ces services de ceux du secteur public qui sont souvent tributaires de contraintes issues des rapports salariaux ou encore des initiatives du secteur marchand qui recherchent d'abord le profit. De plus, leurs structures souvent moins lourdes et plus décentralisées facilitent leur capacité d'adaptation rapide aux changements du milieu et aux nouvelles réalités des communautés où elles évoluent. Les nouveaux services peuvent éventuellement connaître une forme de généralisation lorsque la pratique montre qu'ils répondent à des besoins (Giroux, 2008).

### **3. Quelle place pour les coopératives de santé au Québec ?**

La présence des coopératives de santé au Québec peut être justifiée pour la gestion des infrastructures et des ressources de même que pour la dispensation de certains services. Nous avons vu que ces organisations s'avèrent différentes du secteur privé à but lucratif et du secteur public, et combler leurs limites respectives. On ne saurait assimiler les coopératives de santé à une forme de privatisation. Il serait préférable de parler de communautarisation ou encore d'entreprises collectives, car les différences entre ces organisations et les cliniques privées à but lucratif sont trop importantes (Giroux, 2008).

L'implication des citoyens et des usagers est un des aspects qui montre que les coopératives de santé peuvent avoir une place dans le domaine des soins et services de santé. Dans une étude établissant certaines comparaisons entre divers établissements de services de première ligne en santé au Québec, on remarque que l'implication des citoyens et usagers est beaucoup plus grande et plus présente dans les coopératives et les OBNL que dans les organisations des secteurs public et privé (Comeau et Girard, 2000). Dans le même sens, les coopératives de santé peuvent inspirer le réseau public à faire davantage de place aux citoyennes et aux citoyens dans la gouvernance des organisations.

Un autre aspect qui différencie les coopératives de santé des organisations issues des secteurs public et privé est l'offre originale de services que ces types d'entreprises sont en mesure d'offrir. Dans notre société où les besoins des populations augmentent et deviennent variés, il est nécessaire que les organismes qui offrent des services, notamment dans le domaine de santé, soient en mesure de s'adapter rapidement à ces changements. Il peut parfois être difficile pour les organismes du réseau public, notamment en raison des restrictions budgétaires et d'une certaine lourdeur bureaucratique, de le faire. Les entreprises privées, quant à elles, privilégient des objectifs de rentabilité à court terme et s'établissent dans des marchés dits solvables et pas nécessairement là où les populations auraient le plus besoin de services ; l'amélioration de la santé d'une population ainsi que le développement de services visant la satisfaction des besoins locaux passent ainsi au second rang (Girard, 2006). Pour leur part et d'après

les observations faites, bien des coopératives de santé semblent démontrer une capacité d'innovation sociale. En effet, elles sont souvent issues directement de la communauté ou d'acteurs du milieu, ce qui les rend plus susceptibles d'être à l'écoute et d'apporter des réponses aux besoins locaux. De plus, leurs structures sont souvent beaucoup moins lourdes, ce qui leur confère une meilleure capacité d'adaptation aux changements qui surviennent dans le milieu (Giroux, 2008).

Ceci étant dit, la dérive de l'instrumentalisation guette les coopératives de santé, à l'instar d'autres initiatives collectives dans le domaine de la santé. Premièrement, le manque de financement peut conduire les organisations à accepter du financement lié à des contraintes qui peuvent les inciter à s'investir dans des activités les éloignant de leur mission première. Deuxièmement, la perspective selon laquelle on envisage la place de ce type d'organisations dans le domaine de la santé peut l'amener à de la sous-traitance. Ce risque est susceptible de s'actualiser lorsqu'elles sont conçues dans la perspective néolibérale (Vaillancourt et Favreau, 2000). Par contre, envisagé dans la perspective d'un développement de type solidaire ou de démocratie économique, le rôle que les coopératives de santé seraient appelées à jouer sera différent. L'État conserve alors une place d'importance, mais les coopératives de santé peuvent offrir certains services de qualité non offerts par ce dernier ou sur d'autres territoires (Giroux, 2008).

Cette perspective sur les coopératives de santé, à l'instar d'autres entreprises d'économie sociale, semble tributaire de la reconnaissance qu'on lui accorde. Malgré certains avantages que les entreprises d'économie sociale sont susceptibles d'apporter, leurs actions sont trop souvent mal connues et leur présence peu encouragée. De plus, l'apport de ces organisations est parfois mal perçu dans certains milieux et sa participation au système de santé québécois peu valorisée par les autorités. Alors que sa contribution à l'offre de services de santé périphériques (aide à domicile, ressources alternatives en santé mentale, habitation communautaire pour aînés) semble bien appréciée, sa présence du côté des soins de santé directs à la population, telles les cliniques coopératives de services de santé, semble plus difficile et même parfois contestée. On est alors porté à croire que la plus grande pertinence de l'économie sociale se trouve dans l'offre de services de santé périphériques. Sa présence y étant davantage reconnue et favorisée. Parmi les nombreuses initiatives d'économie sociale qui ont vu le jour dans les dernières décennies, les initiatives offrant des services directs de santé sont peu nombreuses. Tout se passe comme si la prestation de ces services demeurait, jusqu'à présent, la chasse gardée des professionnels œuvrant dans les organisations publiques et privées. Quoiqu'il en soit, la présence de coopératives de santé au Québec, à l'instar d'autres initiatives d'économie sociale dans le domaine de la santé, apparaît incontournable et les besoins sont tels, que ces initiatives continueront de se manifester et de se diffuser (Giroux, 2008).

## Bibliographie

- ASSOUMOU-NDONG, Franklin-X., Jean-Pierre GIRARD et Josée Ménard (2005), *Développement du modèle d'affaires 'grandes surfaces' dans la propriété et la gestion des cliniques de santé au Québec*, Montréal, Institut de recherche clinique de Montréal, Centre de bioéthique.
- BENOIT, Guy (2007), « Du rêve à la réalité », *L'Action nationale*, vol. XCVII, no 4, p. 62-72
- BOIVIN, Robert (1988). *Histoire de la Clinique des citoyens de Saint-Jacques (1968-1988)*, Montréal, VLB Éditeur, 259 p.
- BRASSARD, Marie-Joëlle (2007), « Vers une gouverne de leur santé par les citoyens ! », *L'Action nationale*, vol. XCVII, no 4, avril, p. 56-61
- BRASSARD, Marie-Joëlle (2008), « Le renouveau coopératif et le développement des communautés en région. Évolution silencieuse des coop. de santé », *Communication Colloque Intervention et développement des communautés : enjeux, défis et pratiques novatrices*, dans le cadre du 76<sup>e</sup> congrès de l'ACFAS, Québec, 5-6 mai 2008
- BRASSARD, Marie-Joëlle et Édith BROCHU (2007), « Les cliniques coopératives. Se donner un contexte favorable à la pratique médicale », *Le Médecin du Québec*, vol. 42, no 2.
- COOP DE SANTÉ DE L'UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE. (2008). *Projet en cours*, Extrait du site internet de la Coop de santé de l'Université de Sherbrooke le 29 juin 2008 : <http://www.usherbrooke.ca/coopsante/publications/>
- COMEAU, Yvan et Jean-Pierre GIRARD (1996), *Les coopératives de santé dans le monde : Une pratique préventive et éducative de la santé*, Chaire de coopération Guy-Bernier, no 0396-074, 138 p.
- COMEAU, Yvan et Jean-Pierre GIRARD (2000), « Une comparaison entre divers établissements de services de première ligne en santé au Québec (Canada) », *Annales de l'économie publique sociale et coopérative*, vol. 71, no 3, septembre, p. 319-345
- DUGAS, Sylvie (2005), « Les coopératives et l'économie sociale : une troisième voie », dans Michel VENNE (dir.), *100 idées citoyennes pour un Québec en santé*, Éditions Fides, Montréal, p. 51-55
- FOREST, Pierre-Gerlier et al. (2000), *Participation de la population et décision dans le système de santé et de services sociaux du Québec*, Département de science politique et Groupe de recherche sur les interventions gouvernementales (GRIG), Université Laval, novembre 2000

FOURNIER, Jacques (2007). Les coopératives de santé – Une manière d’augmenter les revenus des médecins ?, *Le Devoir*, mardi 12 juin

GIRARD, Jean-Pierre (1997), *État de la disponibilité des services de santé au Québec, une réflexion sur la contribution de modèles d’entreprises collectives à un virage santé par et pour les citoyens*, Montréal, Chaire de coopération Guy-Bernier (UQAM), 49p.

GIRARD, Jean-Pierre (2005a), « Le développement récent des coopératives dans le domaine socio-sanitaire au Québec : une lecture », *Économie et solidarités*, vol. 36, no 2, p. 89-106

GIRARD, Jean-Pierre (2005b), « La mise en place d’une coopérative dans le domaine de la santé : facteurs de réussites, facteurs d’échecs », Secrétariat aux coopératives, Canada, Programme d’assistance technique au développement économique communautaire, 15p.

GIRARD, Jean-Pierre (2006), *Notre système de santé autrement. L’engagement citoyen par les coopératives*, Montréal, Édition BLG, 209 p.

GIROUX, Marie-Ève (2008, à paraître). *Les enjeux et la place des coopératives et des OBNL dans le système de santé au Québec*, Cahier du CRIDÈS, Co-édition CRIDÈS, ARUC-ÉS et ARUC-ISDC

ILLICH, Ivan (1975), *Nemesis médical*, Paris, Seuil, 221 p.

LÉVESQUE, Benoît (2006), *Le potentiel d’innovation et de transformation de l’économie sociale : quelques éléments de problématique*, Montréal, Cahiers du CRISES no ET0604, 35 p.

OUELLET, Line et Marc VALLIÈRES (1986), *L’histoire d’un succès collectif : SSQ Mutuelle d’assurance-groupe*, Québec, SSQ, Mutuelle d’assurance-groupe, 147 p.

VAILLANCOURT, Yves (1996), « Sortir de l’alternative entre privatisation et étatisation dans la santé et les services sociaux », dans Bernard EME, Jean-Louis LAVILLE, Louis FAVREAU et Yves VAILLANCOURT, *Société civile, État et Économie plurielle*, Paris/Montréal, CRIDA/CRISES, p. 147-224.

VAILLANCOURT, Yves, François AUBRY, Martine D’AMOURS, Christian JETTÉ, Luc THÉRIAULT et Louise TREMBLAY (2000), *Économie sociale, santé et bien-être : la spécificité du modèle québécois au Canada*, Montréal, Cahiers du LAREPPS, no 00-01, 38p.

VAILLANCOURT, Yves et Louis FAVREAU (2000), *Le modèle québécois d’économie sociale et solidaire*, Cahiers de la Chaire de recherche en développement communautaire (CRDC), série recherche no 18, Université du Québec à Hull, mai, 23p.