서울특별시
SEOUL METROPOLITAN GOVERNMENT

서울특별시 사회적경제지원센터
SEOUL SOCIAL ECONOMY CENTER

c.i.t.i.e.s.
TRANSFERT D'INNOVATIONS ET DE CONNAISSANCES EN ÉCONOMIE SOCIALE ET SOLIDAIRE

L'expérience des coopératives de santé et des entreprises d'économie sociale dans le domaine de la santé au Québec :

L'IMPLICATION DES CITOYENS ET DES TRAVAILLEURS DANS LA GOUVERNANCE ET LA GESTION DES SERVICES DE SANTÉ

Apprentissages et perspectives en vue d'identifier des pistes de collaborations entre la République de Corée et le Québec

Centre international de transfert d'innovations et de connaissances en économie sociale et solidaire

C.I.T.I.E.S.

Montréal, 2019

서울특별시
SEOUL METROPOLITAN GOVERNMENT

서울특별시 사회적경제지원센터
SEOUL SOCIAL ECONOMY CENTER

c.i.t.i.e.s.
TRANSFERT D'INNOVATIONS ET DE CONNAISSANCES EN ÉCONOMIE SOCIALE ET SOLIDAIRE

L'expérience des coopératives de santé et des entreprises d'économie sociale dans le domaine de la santé au Québec :

L'IMPLICATION DES CITOYENS ET DES TRAVAILLEURS DANS LA GOUVERNANCE ET LA GESTION DES SERVICES DE SANTÉ

Apprentissages et perspectives en vue d'identifier des pistes de collaborations entre la République de Corée et le Québec

Centre international de transfert d'innovations et de connaissances en économie sociale et solidaire

C.I.T.I.E.S.

Montréal, 2019

AUTEURS

Girard, Jean-Pierre spécialiste du développement des entreprises collectives dans le domaine de la santé, partage son temps entre des activités de recherche, d'enseignement universitaire et de consultation en plus d'avoir siégé sur de nombreux conseils et comités, notamment au comité santé du Conseil de la coopération du Québec. Depuis 2001 à 2013, il a agi à titre de représentant du Mouvement coopératif canadien, au bureau de direction de l'*International Health Cooperative Organisation*. Soutenu par le gouvernement Suisse, il dirige actuellement un projet international traitant des coopératives et de la santé en Afrique.

Van Den Borre, Martin Directeur général de C.I.T.I.E.S., Martin travaille depuis 25 ans en économie sociale. Durant cette période il a accompagné plus d'une douzaine de projets de coopératives de santé. Il a également été Directeur du développement d'une coopérative de santé ou il était responsable du développement de programme de promotion et prévention de la santé. Il a été conférencier invité sur ce sujet, notamment dans des événements du l'*International Heath Cooperative Organization* et a siégé au comité santé du Conseil de la coopération du Québec.

Lise Villeneuve, **Chantal Dubuc**, **Carl Yank**, **Lynda Bélanger**, **Gabrielle Bourgault-Brunelle**, **Emmanuelle Lapointe**, **Chong-Eun Kim**, **Jinwhan Kim**, ont contribué au partage de contenu, à la rédaction et la recherche de ce document. Nous les remercions de leur précieuse collaboration.

Révision : Jean-Pierre Girard

Édition : Studio créatif Coloc – coop de travail [www.coloc.coop]

Financement : ce document a été produit grâce au soutien financier du *Social Economy Center* de Séoul.

Droits d'auteurs © CITIES-SEC, de courts extraits peuvent être cités sans permission pourvu que la source soit clairement référencée.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION vii

CHAPITRE 1 – LE CONTEXTE 1

LE SYSTÈME DE SANTÉ CANADIEN 2

LE SYSTÈME DE SANTÉ AU QUÉBEC, ÉVOLUTION RÉCENTE 4

CONTEXTE D'ÉMERGENCE ET DE DÉVELOPPEMENT DES COOPÉRATIVES DE SANTÉ AU QUÉBEC 7

CHAPITRE 2 – LES ÉTUDES DE CAS 11

LES CAS RAPPORTÉS DANS CETTE ÉTUDE 12

COOPÉRATIVE DE SOLIDARITÉ ROBERT CLICHE, BEAUCEVILLE, QUÉBEC 14

COOPÉRATIVE DE SOLIDARITÉ SANTÉ DE CONTRECŒUR, CONTRECŒUR, QUÉBEC 18

COOPÉRATIVE DE SOLIDARITÉ SABSA, QUÉBEC, QUÉBEC 22

COOPÉRATIVE DE SANTÉ DE LA BASSE-LIÈVRE, GATINEAU, QUÉBEC. 27

COOPÉRATIVE DE SANTÉ DU NORD DE LA PETITE NATION, CHÉNÉVILLE, QUÉBEC. 30

CLINIQUE COMMUNAUTAIRE DE POINTE-SAINT-CHARLES, MONTRÉAL, QUÉBEC 33

COOPÉRATIVE DE SOLIDARITÉ DE SERVICES À DOMICILE DU ROYAUME DU SAGUENAY, SAGUENAY, QUÉBEC. 37

CHAPITRE 3 – ÉTAT ACTUEL ET PERSPECTIVES D'AVENIR DES ENTREPRISES D'ÉCONOMIE SOCIALE DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ 45

CONDITIONS D'ÉMERGENCE DES COOPÉRATIVES DE SANTÉ AU QUÉBEC 46

LES RECOMMANDATIONS DE LA FÉDÉRATION DES COOPÉRATIVES DE SERVICES À DOMICILE ET DE SANTÉ DU QUÉBEC EN 2012 48

LES BARRIÈRES LIMITANT LE DÉVELOPPEMENT DES COOPÉRATIVES DE SANTÉ 50

CARACTÉRISTIQUES COMMUNES D' UN PROJET À SUCCÈS 52

LES FORCES DES COOPÉRATIVES DE SANTÉ PAR RAPPORT À D'AUTRES MODÈLES 53

SITUATION ACTUELLE DES COOPÉRATIVES DE SANTÉ AU QUÉBEC 54

PERSPECTIVES D'AVENIR ET COLLABORATION POTENTIELLES ENTRE LA CORÉE ET LE QUÉBEC 58

CONCLUSION 61

RÉFÉRENCES 63

INTRODUCTION

Le présent rapport a été commandé par le Social Economy Center (SEC) de Séoul. Il a d'abord comme objectif de donner au lecteur international un aperçu de l'expérience des coopératives de santé du Québec, plus particulièrement au cours des 25 dernières années. Il met entre autres l'emphase sur les innovations générées par l'économie sociale afin d'assurer la livraison de soins de santé de qualité qui répondent à des défis importants notamment l'accès aux soins de santé en région et la desserte de populations vulnérables, par exemple, souffrant de l'hépatite C ou du SIDA.

À l'échelle internationale, l'économie sociale joue un rôle important dans les secteurs de la santé et les services sociaux. En effet, la plupart des nations qui ont des systèmes de santé publique ou hybride ont toutes, à des degrés divers, des entreprises d'économie sociale qui sont partenaires de l'État dans la livraison des soins ou dans les mécanismes de financement. Cela a d'ailleurs été le cas aux États-Unis lors de la mise en place de l'*affordable care act* en 2010 (Obamacare) alors que sa mise en œuvre s'est accompagnée d'une reconnaissance du rôle des mutuelles de santé dans le système de santé américain. De par sa propriété collective et son engagement envers la communauté, l'économie sociale est particulièrement bien adaptée pour faciliter la participation de l'ensemble des parties prenantes, tout en assurant la médiation d'intérêts parfois divergents, le respect des priorités de l'État et l'atteinte du bien commun. L'aspect « relationnel » et communautaire des entreprises d'ESS est aussi particulièrement bien adapté au secteur de la santé.

Le Québec dépense aujourd'hui plus de 11 %[1] de son PIB en soins de santé, un des niveaux plus hauts au Canada et parmi les pays de l'OCDE (la Corée est actuellement autour de 7 %). Si rien n'est fait cette part du PIB continuera a augmenter de façon vertigineuse. On ne compte plus les études qui s'accordent pour souligner l'importance d'investir davantage en promotion, en prévention et d'agir sur les déterminants de la santé. Cependant, réforme après reforme, le système de santé québécois est de plus en plus centralisé et les citoyens sont graduellement chassés des forums ou ils avaient autrefois une voix. Les investissements en prévention et promotion de la santé sont souvent reportés au profit d'investissements dans le plateau technique, des salaires des spécialistes, et des produits pharmaceutiques, qui tous les trois accaparent une part de plus en plus grande du budget de la Santé. Pendant ce temps, le rôle du citoyen dans l'organisation et la gestion des soins de santé est généralement limité à celui de contribuable et de simple utilisateur. On est au cœur d'une lutte de pouvoir entre une approche curative, biomédicale, hyperspécialisée portée par des intérêts corporatifs et une approche holistique, voire écosystémique, qui tout en reconnaissant la nécessité d'un système curatif efficace, vise d'abord à agir sur les déterminants de la santé afin de renverser certaines tendances. À un autre niveau, se déployant à l'échelle de cliniques locales, les coopératives de santé sont aussi aux antipodes du modèle hospitalo-centrique.

1 Institut de la statistique du Québec, 2017

C'est état de fait n'est pas nouveau. Tout au long de son évolution, le système de santé publique québécois a été marqué par une tension constante entre les intérêts privés de certaines corporations médicales (médecins généralistes et spécialistes, pharmaciens, etc.) et celui du public (à la fois comme patients et comme citoyens-contribuable). Au Québec, le mouvement des coopératives de santé s'est construit au cas par cas. Un point commun a animé plusieurs de ces projets : c'est le sentiment qu'ont les citoyens, les communautés et certains professionnels médicaux (notamment les infirmières praticiennes spécialisées et certains médecins) d'avoir été écartés du processus décisionnel au profit d'une élite politique et médicale qui veille avant tout à ses intérêts, parfois au détriment des solutions qui pourtant fonctionnent ailleurs. La création des coopératives de santé a été pour plusieurs de ces acteurs un moyen de forger des institutions démocratiques qui nous permettraient de développer autrement le système de santé. Ces citoyens reconnaissent le caractère essentiel de la santé au développement harmonieux et durable des territoires et considèrent naturel et essentiel pour les citoyens d'avoir, comme c'est le cas dans d'autres domaines, une place à la table de décision. Cette capacité d'agir devient particulièrement importante dans les communautés qui ont un accès plus difficile au réseau (géographique ou administratif) ou qui sont aux prises avec des problématiques auquel le système répond mal (clientèles à risque, santé mentale, nombre important de nouveaux arrivants, etc.).

Dans un premier temps ce rapport présente le fonctionnement du système de santé canadien et québécois. Par la suite les auteurs présentent sept études de cas d'organisations qui, pour la majorité, vont au-delà du modèle purement curatif et tentent, parfois par leur propre moyen, parfois en partenariat avec l'État, de faire évoluer le système de santé vers une approche plus holistique, qui fait plus de place à la prévention et la promotion, à un rôle accru pour les professionnels infirmiers et à la participation citoyenne.

Comme pour le réchauffement climatique, les défis auxquels fait face notre système de santé demandent des changements profonds. Nous espérons que ce rapport permettra de jeter les bases d'une réflexion, d'un dialogue et d'une collaboration entre les acteurs de nos réseaux afin de nous inspirer mutuellement et d'assurer que l'économie sociale et la société civile puissent pleinement jouer leur rôle dans la transformation de notre système de santé.

ABRÉVIATIONS

AMP : Activités médicales particulières
CDR : Coopérative de développement régional
CH : Centre hospitalier
CHSLD : Centre d'hébergement de soins de santé longue durée
CLD : Centre local de développement
CLSC : Centre local de services communautaires
CQCM : Conseil québécois de la coopération et de la mutualité
CSSS : Centre de santé et de services sociaux
DRMG : Département régional de médecine générale
ETP : Équivalent temps plein
GMF : Groupe de médecine de famille
KHWSCA : Korea Health Welfare Social Co-operatives Association
MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux
PREM : Plans régionaux d'effectifs médiaux
RAMQ : Régie de l'assurance maladie du Québec
RISQ : Réseau d'investissement social du Québec
SADC : Société d'aide au développement de la collectivité

AUTRES

K : 000
M : 000 000
Sauf mention contraire, le dollar canadien est utilisé comme devise.

CHAPITRE 1

Le contexte

LE SYSTÈME DE SANTÉ CANADIEN

Le Canada a adopté un système d'assurance maladie universelle en 1957[2] qui s'inspire en grande partie du modèle britannique connu sous le nom de son concepteur, lord Beveridge. Pour l'essentiel, le système est financé par des fonds publics qui remboursent donc des coûts générés par des établissements publics et des entreprises privées (à but lucratif et à but non lucratif) qui ont une convention avec l'État et les médecins. S'appuyant sur des juridictions provinciales (10) et territoriales (3), dans ce pays comptant en 2017, 36,7 millions de personnes, on retrouve ainsi 13 systèmes de santé financés par ces juridictions en sus d'un apport du gouvernement fédéral.

Ces systèmes offrent les services « médicalement nécessaires », principalement les services hospitaliers et médicaux tels que précisés dans la Loi canadienne sur la santé[3]. Cette loi stipule que tous les résidents du pays sans distinction de leur race, croyance, sexe, statut socio-économique, lieu de résidence ou autre attribut, ont droit de recevoir gratuitement les services de santé assurés à l'endroit où ils sont dispensés.

Par ailleurs, le financement, l'administration, les modes de prestation et l'étendue des services de santé publique varient dans chaque province et territoire. Au cours des dernières années, de nombreuses initiatives ont été prises pour améliorer le contrôle des Premières Nations (peuples autochtones) sur leurs systèmes de santé locaux et régionaux sans parler de la création en 1999 du Nunavut, un immense territoire sous contrôle politique et administratif – y compris en santé, des Inuits[4].

La taxation y inclut les impôts, provinciale, territoriale et fédérale est la principale source de financement des soins de santé au Canada. On estime la part du public à environ 70 % de l'ensemble des dépenses, le solde est divisé entre des frais déboursés par les utilisateurs de services[5] et des assurances de services de santé complémentaires privées dont certaines sont offertes par des coopératives et des mutuelles, par exemple, Desjardins et Co-operators. Le reste des dépenses sont pris en charge par des fonds d'assurances sociales *(social insurance funds)* principalement à travers les avantages sociaux des travailleurs et les dons de charité.

En termes d'ordre de grandeur pour l'année 2016, on estimait que les dépenses en santé au Canada représentaient 228 milliards de dollars, soit 11,1 % du PIB ou 6 299 $ par habitant.[6]

Les médecins généralistes (médecins de famille) sont la porte d'entrée du système de santé, mais

2 La *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques*, adoptée par le gouvernement fédéral, est votée le 1 er mai (sanction royale); le gouvernement fédéral s'engage à assumer 50 % des coûts des régimes provinciaux et territoriaux d'assurance-hospitalisation; entre en vigueur le 1er juillet 1958. : https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/systeme-soins-sante/rapports-publications/regime-soins-sante/canada.html

3 https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/c-6/

4 https://www.gov.nu.ca/programs/health

5 Par exemple, une chambre individuelle dans un hôpital.

6 https://secure.cihi.ca/free_products/NHEX-Trends-Narrative-Report_2016_FR.pdf

depuis peu et à une échelle réduite, des cliniques d'infirmières praticiennes offrent aussi ce point d'entrée[7]. Les médecins sont dans la majorité des cas des travailleurs indépendants qui sont rémunérés à l'acte[8] à l'exception d'une minorité qui est salariée, par exemple, dans des centres de santé communautaires (incluant certaines coopératives de santé et cliniques communautaires). Un très faible pourcentage travaille sur une base totalement privée, en dehors du système de remboursement à l'acte ou du salariat[9].

Presque tous les soins d'urgence, secondaires et tertiaires, incluant la majorité des spécialités médicales et les services de chirurgie, sont offerts dans les hôpitaux. Les soins de première ligne sont offerts en cliniques qui sont dans le réseau public ou la propriété de médecins, de pharmacies ou d'organisations communautaires et d'économie sociale, dont des coopératives. Tant des organisations publiques que privées (à but lucratif et à but non lucratif) opèrent des centres de soins de santé longue durée, des résidences pour aînés et établissements semblables à travers le Canada.

Lorsque l'on réfléchit aux enjeux confrontant les systèmes de santé au Canada avec les variations que peut entraîner chacun des systèmes provinciaux et territoriaux, quelques traits dominants se dégagent :

- augmentation du coût des soins, notamment en ce qui concerne les médicaments
- longs délais d'attente
- pénurie de main-d'œuvre dans ce secteur

Le vieillissement de la population ajoute une pression additionnelle sur les systèmes, car c'est connu et documenté, la consommation de service augmente avec l'âge. Cela fait en sorte que dans certaines provinces, les dépenses en santé s'approchent de la barre symbolique des 50 % de l'ensemble des dépenses publiques.

Dans ce contexte, il y a donc des pressions pour rendre le système de santé plus efficace. Ainsi, en 2016, l'Institut canadien d'information sur la santé a identifié 5 actions prioritaires[10] :

- suivi de la performance aux fins de responsabilisation et de prise de décisions ;
- intégration de la gouvernance et de la prestation des soins à l'échelle du système ;
- partenariats hors du secteur de la santé pour améliorer la santé de la population ;
- participation et rémunération des médecins ;
- souplesse du financement.

7 Tel qu'illustré avec le cas SABSA rapporté dans ce rapport.

8 Selon des règles très strictes négociées entre les associations de médecins et les autorités provinciales ou territoriales.

9 En 2016, on estimait qu'il y avait un peu plus de 360 médecins ayant ce statut au Québec sur un total d'environ 23 000 médecins soit autour de 1,5%. https://www.journaldemontreal.com/2016/04/08/le-nombre-domnipraticiens-qui-choisissent-le-prive-continue-daugmenter

10 https://secure.cihi.ca/free_products/improving_health_system_efficiency_fr.pdf

LE SYSTÈME DE SANTÉ AU QUÉBEC, ÉVOLUTION RÉCENTE

Le Québec est la seule province francophone du Canada et c'est la plus étendue sur le plan de la superficie. En 2017, on recensait tout près de 8,4 millions de personnes. Le système de santé et de services sociaux du Québec tel qu'il existe actuellement a été institué en 1971 à la suite de l'adoption de la première Loi sur les services de santé et les services sociaux par l'Assemblée nationale du Québec. Le système québécois est public, l'État agissant comme principal assureur et administrateur.[11] En 2018-2019, les dépenses en matière de santé s'établissaient à 38,5 milliards de $ et la rémunération des médecins incluant les généralistes et les spécialistes en représentait 19,9 %[12].

Depuis l'adoption de la loi de 1971, à une fréquence soutenue, de nombreuses réformes ont transformé le système de santé au Québec. La plus récente réforme date de 2015 et en quelques mots, elle a conduit à la mise en place de grands établissements intégrants plusieurs missions :

> Ces établissements sont appelés des centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et des centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS). Lorsqu'un centre intégré se trouve dans une région sociosanitaire où une université offre un programme complet d'études prédoctorales en médecine ou lorsqu'il exploite un centre désigné institut universitaire dans le domaine social, il se nomme centre intégré universitaire de santé et de services sociaux[13].

Ainsi, en date de 2017, il y avait 22 centres intégrés, dont 9, ayant un statut de centre intégré universitaire de santé et de services sociaux. Voici les principales missions intégrées dans ces établissements :

> La mission d'un **centre local de services communautaires**[14] (CLSC) est d'offrir en première ligne des services de santé et des services sociaux courants et à la population du territoire qu'il dessert, des services de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion, ainsi que des activités de santé publique.
>
> La mission d'un **centre hospitalier** (CH) est d'offrir des services diagnostiques ainsi que des soins médicaux généraux et spécialisés. Il existe deux classes de CH:
>
> - le centre hospitalier de soins généraux et spécialisés ;
> - le centre hospitalier de soins psychiatriques.

11 http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-731-01WF.pdf

12 www.budget.finances.gouv.qc.ca/budget/2018-2019/fr/documents/Sante_1819.pdf

13 Idem ainsi que les autres citations.

14 Le caractère gras est de nous. C'est pour aider à l'identification des types de missions.

La mission d'un **centre d'hébergement et de soins de longue durée** (CHSLD) est d'offrir, de façon temporaire ou permanente, des services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance ainsi que des services psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques, médicaux et de réadaptation aux adultes qui, en raison de leur perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel.

La mission d'un **centre de protection de l'enfance et de la jeunesse** (CPEJ) est d'offrir des services de nature psychosociale, y compris des services d'urgence sociale, aux jeunes dont la situation le requiert en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse (RLRQ, chapitre P-34.1) et de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (L.C., 2002, chapitre 1).

La mission d'un **centre de réadaptation** (CR) est d'offrir des services d'adaptation ou de réadaptation et d'intégration sociale à des personnes qui, en raison de leurs déficiences physiques ou intellectuelles, de leurs difficultés d'ordre comportemental, psychosocial ou familial, de leur dépendance à l'alcool, aux drogues, aux jeux de hasard et d'argent ou de toute autre dépendance, ont besoin de tels services.

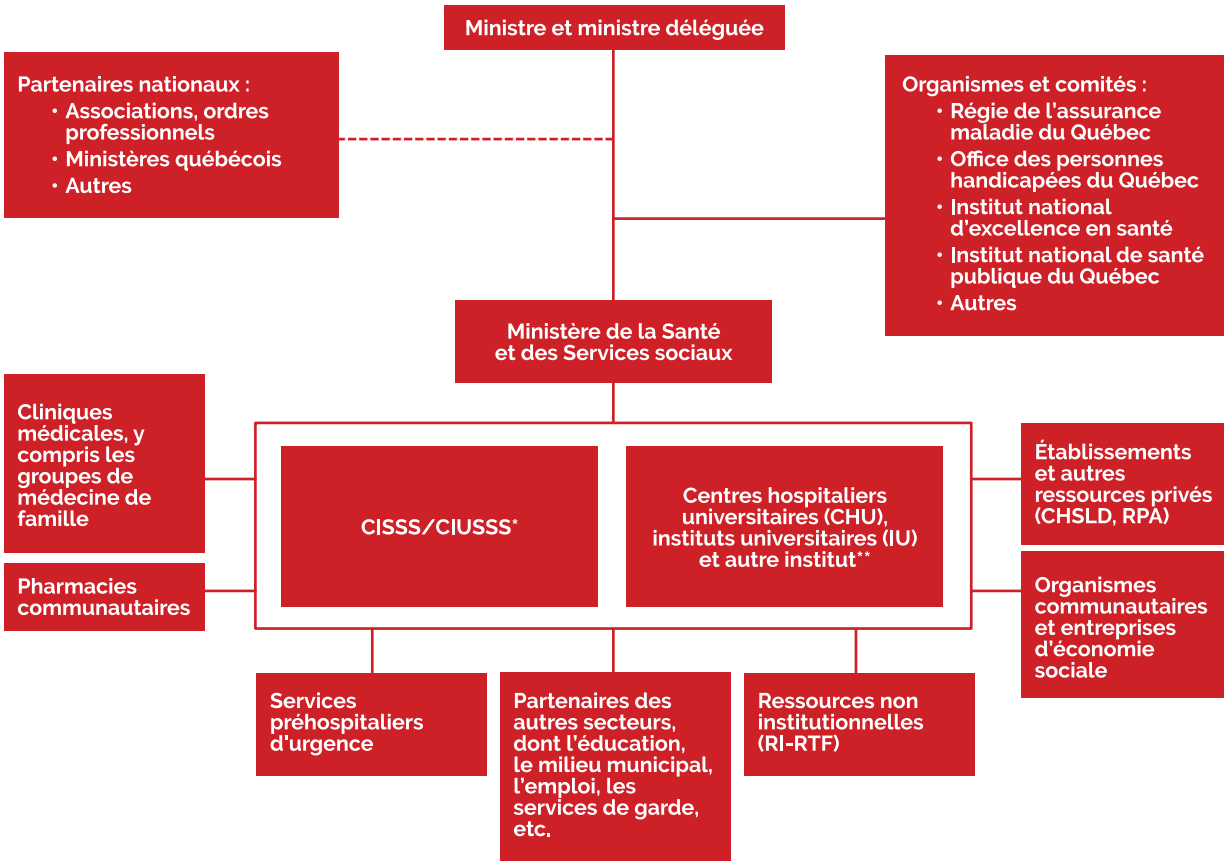

Figure 1 - Structure du système de santé et de services sociaux

Pour compléter l'offre de services de santé, on retrouve un réseau de cliniques qui selon le cas, appartiennent à des pharmacies, des médecins ou encore des citoyens par le truchement de coopératives de santé. On estime qu'il y a un peu plus de 1000 cliniques, a majorité étant concentrée en milieu urbain. Depuis 2002, sous le vocable groupe de médecine familiale (GMF) le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a mis en place un programme volontaire incitant les médecins d'un territoire donné à se regrouper pour assurer une prise en charge populationnelle. En quelques mots, en contrepartie de ressources additionnelles, par exemple, une infirmière, du matériel informatique, une dizaine de médecins vont se regrouper en GMF pour offrir un accès étendu aux citoyens d'une municipalité ou un arrondissement d'une grande ville, soit en sus des heures régulières, l'accès aux services le soir et les week-ends. Les citoyens sont invités à s'inscrire au GMF. Ce GMF peut se retrouver dans l'une ou l'autre des types de cliniques y compris une coopérative de santé.

Enfin en marge de ces cliniques, existe aussi ce que le MSSS qualifie de super-clinique réseau. En voici une présentation sommaire[15] :

En complémentarité avec l'offre de service des GMF et avec l'objectif de répondre prioritairement aux besoins de patients non inscrits ou à ceux inscrits dans l'incapacité de voir leur propre médecin de famille, le Programme de désignation réseau pour les groupes de médecine familiale vise à assurer une offre de service accrue à toute clientèle inscrite ou non. Les GMF qui obtiennent la désignation réseau, soit les super-cliniques, bénéficient d'un financement et d'un soutien professionnel accrus pour consolider un dernier filet de sécurité avant le recours aux services d'urgence. Deux objectifs fondamentaux sont à la base de la désignation réseau :

- Favoriser, en complémentarité avec l'offre de service des GMF, l'accès aux services de première ligne pour toute clientèle, permettant ainsi d'éviter que des cas urgents simples et des cas semi-urgents se retrouvent aux urgences.
- Assurer, en matière de prélèvements, d'imagerie médicale et de consultations spécialisées, des services de proximité intégrés.

15 http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/soins-et-services/groupes-de-medecine-de-famille-gmf-et-super-cliniques-gmf-reseau/

CONTEXTE D'ÉMERGENCE ET DE DÉVELOPPEMENT DES COOPÉRATIVES DE SANTÉ AU QUÉBEC

À l'époque de la médecine libérale soit avant la mise en place du système public de santé au Québec, s'est mis en place dans la ville de Québec en 1944 une coopérative de santé qui visait justement à rendre accessible des services de santé pour des personnes incapables de défrayer le coût d'une médecine privée, la coopérative de santé de Québec. Pour son principal promoteur, le docteur Jacques Tremblay, 4 grands principes président à la destinée de la coopérative[16] :

- *La pratique médicale par équipe,* qui assurerait de meilleurs soins aux patients en regroupant des spécialistes tout en économisant temps et énergie ;
- *La médecine préventive,* qui conserve la santé plutôt que de soigner à grands frais des maladies évitables et qui mise sur la prévention plus que sur de coûteux traitements des maladies ;
- *Le paiement périodique* pour tous les membres – les bien-portants comme les malades – d'une part égale du coût total des soins médicaux, ce qui garantit à chaque membre les soins appropriés et libère les médecins des problèmes de notes impayées et de recouvrement d'honoraires ;
- *Le contrôle démocratique* applicable à la gestion de la coopérative et non pas, bien sûr, aux méthodes de diagnostic et de traitement choisies et prescrites par les médecins. Le consommateur de soins aura le choix parmi les médecins qui font partie de la coopérative, tout comme il a le choix en pratique privée.

Avec le déploiement de l'État providence dans les années 1960 et 1970, cette coopérative s'est transformée en mutuelle d'assurance. Elle porte aujourd'hui le nom d'Assurance SSQ.[17]

Dans les années 1960, dans un contexte d'urbanisation accélérée, après des décennies d'omnipotence de l'Église catholique dans plusieurs sphères de la vie en société, dont l'éducation et la santé, sous l'impulsion d'animateurs sociaux, se propage l'idée de la prise en charge locale de problèmes sociaux y compris l'enjeu de la santé. En quelques mots, tel que l'observe une militante de ces organisations[18], on veut changer radicalement l'approche de la santé :

> Inaugurer une nouvelle vision de la santé, un nouveau mode de dispensation des soins, une nouvelle configuration des rapports entre population, professionnels et gestionnaires.

16 Girard, Jean-Pierre (2006) Notre système de santé, autrement, Montréal, BLG, p. 43

17 https://ssq.ca/fr

18 www.dabordsolidaires.ca/impression.php3?id_article=93

En filigrane de cette approche qui critique, le modèle hospitalo-centrique ou l'approche dite biomédicale, se trouvent aussi les idées des déterminants de la santé, soit le travail, les conditions de vie, les réseaux sociaux, etc.

Inspiré également par ce que l'on appelait alors les *Free Clinics* aux États-Unis, un mouvement d'environ 200 cliniques visant initialement à aider des jeunes aux prises avec des problèmes de consommation de drogue, des citoyens militants avec l'aide de jeunes diplômés en médecine également inspirés de cette approche de médecine sociale constitue des cliniques populaires. Près d'une dizaine de ces cliniques seront ainsi fondées, principalement à Montréal.

Parallèlement, à la fin des années 1960, une commission d'enquête publique sur les services de santé dépose son rapport et recommande la mise en place d'un réseau de cliniques publiques favorisant la participation citoyenne, les Centres locaux de services communautaires. Le développement de ce réseau dans les années subséquentes va se faire entre autres, par l'absorption des cliniques populaires, y trouvant un socle approprié pour incarner le changement souhaité. Malheureusement, au fil des années, sous le coup d'une régulation étatique, centrale et administrative, les CLSC vont perdre ce sens original de proximité avec les communautés, de participation citoyenne dans la gouvernance. Ces attributs vont littéralement tous disparaître ! En 2018, il ne reste que le nom du souhait original et qui est désormais une mission s'inscrivant dans une plus vaste structure (CISSS ou CIUSSS). Une seule des cliniques originales va s'opposer à cette absorption et militer pour préserver son indépendance, la clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles.

Par un constant effort de représentation qui s'étend sur plusieurs décennies en vue de lui assurer le financement étatique à sa mission, cette clinique située dans un quartier populaire de Montréal – le secteur sud-ouest réussira à préserver ses traits originaux jusqu'à aujourd'hui.[19]

Le modèle actuel de coopérative de santé au Québec prend racine pour la première fois en 1995 dans une petite municipalité qui est exposée au départ à la retraite du médecin pratiquant qui y demeurait, Saint-Étienne-des-Grès qui est situé à environ 140 kilomètres au nord-est de Montréal. On explore alors quelques solutions de rechange, mais qui s'avère inopérante soit le refus de l'État d'y ouvrir un point de service du CLSC de la région ou encore, de médecins d'ouvrir une clinique.

Dans ce contexte, le directeur de la caisse Desjardins locale, propose que par le truchement d'une coopérative, les citoyens se regroupent et la coopérative elle-même, va engager des travaux pour bâtir un édifice et va proposer des espaces de travail aux professionnels de la santé dont des médecins. Les revenus seront tirés par la location d'espace.

Entre l'idée initiale et l'ouverture de la coopérative, plus de 2000 heures de bénévolat a été consacré au projet dont une grande partie par des employés et des administrateurs de la caisse Desjardins locale. En outre, le Mouvement Desjardins a appuyé financièrement le projet en y faisant des dons en plus d'une contribution de la municipalité notamment en termes de travaux d'aménagement de terrains, d'un bail emphytéotique et de report du paiement de la taxe municipale[20]. De plus, les citoyens ont souscrit plus de 125 000 $ en parts pour assurer la capitalisation initiale de la coopérative. Enfin sans le rôle de leadership joué par le directeur de la caisse doublée de sa crédibilité et son expertise, ce projet n'aurait jamais pu voir le jour, car les autorités publiques de la santé ont été au mieux indifférent voir hostile au projet citoyen qui était donc une première au Québec.

Ainsi est née en 1995, la coopérative de santé Les Grès. Sommairement, voici comment s'est présenté le projet et comment il a évolué.[21]

19 Voir description dans ce rapport.

20 Depuis, on a doublé la surface de l'édifice original et la municipalité a de nouveau apporté son soutien en y logeant la bibliothèque municipale.

21 http://www.cliniquemedicalelesgres.ca/equipe/historique/

Au début, il n'y avait que deux médecins, mais rapidement ils furent 3 puis 4 puis 6 pour finalement être 12. Il s'agit exclusivement de médecins de famille qui pratiquent également à temps partiel à l'hôpital (que ce soit à l'urgence ou aux soins aux malades sur les étages). La clinique médicale se trouve dans une bâtisse appartenant à la COOP Santé les Grès. Dans cette bâtisse, nous y retrouvons une pharmacie, un dentiste, un optométriste, des psychologues, une physiothérapeute spécialisée en réadaptation posturale globale et des ostéopathes.

Depuis, ce modèle a essaimé partout au Québec suscitant un vif intérêt auprès de milieux exposés aux mêmes enjeux que Saint-Étienne-des-Grès soit l'absence de ressources médicales ou une desserte inadéquate. Cette diffusion de l'expérience de Saint-Étienne a profité de divers réseaux, dont celui des caisses Desjardins, des municipalités et des coopératives de développement régional[22]. Cependant, assez rapidement, les promoteurs des divers projets ont dû composer avec une pénurie d'effectifs médicaux devant redoubler d'originalité pour attirer des médecins. Un certain nombre de ces projets n'a pu voir le jour faute d'avoir réussi à les attirer. D'autres ont été constitués, mais après quelques années sans résultats probants de recrutement de médecins, ont dû cesser leur activité. Avec le temps, un second modèle d'affaires a été mis au point, soit celui de médecins déjà en pratique privée et souhaitant vendre leur clinique à une coopérative pour en assurer la pérennité.

Cependant plusieurs projets ont dû composer avec un montage financier insuffisant pour la viabilité de l'organisation, les loyers perçus ne suffisant pas à couvrir les charges. Dans ce contexte, des partenaires ont été mis à contribution, parfois la municipalité, parfois la caisse locale Desjardins ou encore, des organismes dédiés au développement de projets dans le milieu tels les Centres locaux de développement (CLD)[23] ou encore, les municipalités régionales de comté (MRC)[24]. Nonobstant ces diverses contributions, il s'est avéré que les sources de revenus n'étaient pas suffisantes ce qui a exigé une participation financière des membres. Ainsi, ces derniers en sus de la souscription d'une part de qualification se sont ainsi vus invités à payer une cotisation annuelle, soit un montant variant de 30 à 90 $ selon les coopératives. Il faut préciser qu'en aucun cas, il n'était possible d'exiger cette contribution pour permettre aux individus d'avoir accès aux services médicaux sous peine d'être en porte à faux avec un des cinq piliers de la Loi canadienne sur les services de santé, soit l'accessibilité universelle.

En 2008, est constituée la coopérative de santé Robert Cliche (présentée dans ce rapport) qui est une première soit une coopérative s'étendant à l'échelle d'une MRC donc évitant les tensions que l'on pourrait retrouver entre les municipalités d'un même territoire pour héberger chacune une coopérative de santé.

En 2011 est fondé un modèle fort différent, soit une coopérative regroupant des infirmières praticiennes sous le nom de SABSA, un cas rapporté dans cette étude.

Enfin a été constitué dans les années 2000, une fédération regroupant les coopératives de santé.

En résumé, durant cette période (1995–2018) marquée par la constitution de la première coopérative de santé en 1995, soit une période de 23 ans, il y a eu beaucoup d'avancé et d'ajustement du modèle des coopératives de santé au Québec, mais aussi à l'occasion, des reculs. Ainsi, dans la région de l'Outaouais, au moins 3 coopératives de santé ont dû cesser leur opération faute de médecins. Le cas de la coopérative de santé d'Aylmer porte à réfléchir. Première coopérative au Québec constituée par une conversion d'une clinique existante en coopérative, après 11 ans d'activités, elle doit fermer ses portes en raison du départ massif des médecins vers une autre clinique. Du jour au lendemain, les membres se sont retrouvés avec un édifice vide de ses praticiens. Elle a donc du fermer ses portes.

22 Financé par le gouvernement du Québec, il s'agit d'une structure qui appuie le développement de nouvelles coopératives.

23 Structure financée par le gouvernement du Québec et abolie en 2015.

24 Regroupement de municipalités d'un territoire donné. Ces organismes disposent d'une enveloppe budgétaire.

Par ailleurs, un projet fort original constitué en 2007, la coopérative de santé de l'Université de Sherbrooke qui avait pour but de promouvoir les saines habitudes de vie parmi les membres de la communauté universitaire –étudiants, personnel, professeurs cessera ses activités quelques années après sa fondation faute d'appui tangible dans le milieu et de financement adéquat.

CHAPITRE 2

Les études de cas

LES CAS RAPPORTÉS DANS CETTE ÉTUDE

Les cas qui suivent sont donc parmi les plus inspirants au Québec.

- **La coopérative santé Robert Cliche :** Fondée en 2008pour freiner le déclin prévisible de médecins généralistes sur son territoire, elle a su dès le départ rallier les forces vives de la MRC de son territoire (MRC Robert Cliche) soit le CLD et les caisses Desjardins et a pu compter au fil de sa courte histoire sur un intérêt constant de la population pour y adhérer. En outre, elle a tissé de solides liens de collaboration avec les autorités publiques en santé et a su devenir le pôle de référence pour les médecins généralistes pratiquant sur son territoire en plus d'attirer de nouveaux candidats. Elle est une des premières au Québec a avoir un mandat pour gérer une entente GMF.
- **La coopérative santé de Contrecoeur :** Constitué en 2002, avec l'appui des principaux acteurs du milieu – municipalité, caisse Desjardins, CLD, cette coopérative s'est imposée dans son milieu en proposant à la population l'accès à divers professionnels de la santé. Elle a aussi un mandat pour une gestion d'une entente GMF, mais depuis quelques années, sous le nom de clinique Reversa, elle se démarque par la mise au point d'une approche d'éducation mobilisant nutritionniste, infirmière, kinésiologue pour « renverser » le diabète de type B dont souffre les gens, non seulement sur son territoire, mais ailleurs au Québec
- **Coopérative de solidarité SABSA :** Première de deux coopératives d'infirmière praticienne au Québec, fondée en 2011 dans la ville de Québec, nonobstant une indifférence des pouvoirs publics, cette coopérative s'est imposée en raison de l'impact probant de son intervention auprès de populations à risque, souffrant de l'hépatite C ou du SIDA.
- **Coop santé Basse-Lièvre :** Clinique coopérative en milieu urbain résultant de l'achat d'une clinique existante par un groupe de citoyens et de médecins. La Coopérative compte 23 médecins, 3 infirmières et 14 employés et fait partie, avec une autre coopérative de santé de son secteur d'un GMF qui compte 4 pôles de services.
- **Coopérative de santé du Nord de la Petite Nation :** Constituée en 2013 cette clinique coopérative en milieu rural a démarré, comme SABSA, sur le modèle des infirmières praticienne. C'est en 2015 que la Fédération interprofessionnelle en santé a annoncé son soutien au démarrage de cette coopérative située dans un désert sociosanitaire.

- **Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles :** Cette clinique qui a un statut légal d'organisme à but non lucratif (OBNL), a réussi avec succès, a préserver l'idéal de départ (1968) des cliniques populaires, soit une clinique près de sa population qui pratique une médecine sociale engagée. Elle est la seule au Québec à être une clinique reconnue comme étant un organisme communautaire autonome avec mandat de CLSC donc à bénéficier d'un financement des pouvoirs publics à sa mission. Ailleurs au pays, quelques autres cliniques ont les mêmes attributs, dont Nor West Cooperative Community Health (Winnipeg dans la province du Manitoba) et Saskatoon Community Clinic (Saskatoon en Saskatchewan).

- **Coopérative de solidarité de services à domicile du Royaume du Saguenay :** Ce cas est différent des autres, car il ne s'agit pas d'une corporation offrant des services de santé, mais plutôt des services à domicile s'adressant principalement à des personnes âgées, par exemple, des services d'entretien, de préparation de repas. Il s'agit de la plus grosse de son genre au Canada et elle s'est démarquée par la multiplication de ses contrats et des ententes fructueuses avec les autorités régionales en santé.

COOPÉRATIVE DE SOLIDARITÉ ROBERT CLICHE, BEAUCEVILLE, QUÉBEC

Cette coopérative de santé fondée en 2008 se distingue à plusieurs égards : elle a été la première au Québec à se constituer à une échelle supramunicipale à partir d'un très fort consensus du milieu; elle a su développer une excellente relation de collaboration avec les autorités régionales en santé; elle a su rallier la solidarité des médecins généralistes pratiquant sur son territoire; elle est aussi une pionnière dans la gestion d'une entente GMF.

Le parcours historique de cette coopérative est riche d'enseignement. Au début des années 2000, suite à des consultations menées auprès de la population de la Municipalité régionale de comté Robert-Cliche située à 75 kilomètres au sud de la ville de Québec, il ressort l'urgence d'améliorer le recrutement de médecins : depuis plusieurs années, aucun médecin n'a choisi de s'établir sur ce territoire et certains, devraient prendre éventuellement leur retraite dans un avenir rapproché ce qui risquait d'avoir un effet fort négatif auprès des citoyens en termes d'accessibilité au service de santé de première ligne. L'idée de constituer une coopérative de solidarité dans le domaine de la santé comme moyen de mobilisation des citoyens, de coordination des efforts de recrutement et de rétention des médecins est retenue.

Contrairement à d'autres cas au Québec où l'on choisit de créer une coopérative au niveau local, la coopérative le sera à l'échelle de la MRC, ce qui va s'avérer un choix judicieux pour la concertation des acteurs et éviter des tensions intermunicipales pour l'attraction des ressources médicales! Ce choix n'est pas étonnant, la MRC soutien le projet et un organisme d'appui au développement qui couvre le même territoire, sert alors de fer de lance de ce projet, le centre local de développement Robert-Cliche[25].

La forte mobilisation citoyenne couplée à une solide implication financière de plusieurs organismes du milieu dont les caisses Desjardins et un dynamique leadership des dirigeants de la coopérative vont en faire un remarquable succès! En obtenant rapidement la confiance des acteurs du milieu, la coopérative va aussi développer des ententes de services avec les médecins en place et les autorités publiques régionales en santé ce qui se traduira pour elle par des revenus de frais de gestion et la gestion de ressources humaines. En outre, en multipliant les efforts, la coopérative va relever le défi du recrutement de nouveaux médecins, soit une quinzaine depuis 2008. On ne peut sous-estimer le rôle de la direction générale dans le succès de ce projet. Fait intéressant, cette personne avait

25 http://www.cldrc.qc.ca/

préalablement travaillé au CLD et a donc été dans les tout premiers balbutiements du projet.

Le résultat global en 2017 fait que la coopérative coordonne sur le territoire de la MRC un très efficace système de santé de première ligne avec une dizaine de médecins répartis dans deux cliniques, une dizaine d'autres employés, prêtée ou à l'emploi de la coopérative soutenant cette action –secrétaire, agent administratif, infirmière, travailleur social et une notoriété reconnue partout au Québec comme coopérative de santé. En date du 4 mai 2017, le portrait du sociétariat était le suivant :

> 4501[26] membres utilisateurs consommateurs : *Une personne physique qui utilise les services dispensés par la coopérative.*
>
> 11 membres utilisateurs producteurs : *Les médecins ou autres professionnels de la santé offrant des services professionnels au sein de la coopérative.*
>
> 21 membres de soutien : *Les membres de soutien s'engagent, en tant que membres en règle, à offrir un appui financier (ou autre) à la Coopérative en parrainant des programmes, en fournissant de l'équipement, des ressources financières, des locaux, des services, etc.*
>
> *18 membres travailleurs : Personnes qui travaillent à la coopérative[27].*

L'action de la coopérative dans son milieu est encadrée par ce qu'elle qualifie des valeurs de développement. Ce sont les suivantes :

> ***Le recrutement et l'attraction de ressources humaines en soins de première ligne ;*** *devenir compétitif et attrayant, tant au niveau du plateau technique que de l'ambiance de travail, pour facilité (sic) le recrutement d'omnipraticiens et de professionnels de la santé sur le territoire de la MRC Robert-Cliche ;*
>
> ***l'approche participative ;*** *principe de base de la coopérative privilégiant une approche de responsabilisation, d'engagement et de partenariat entre les citoyens, les producteurs de services de première ligne et les différents intervenants engagés dans le développement socio-économique du territoire par rapport à l'organisation des services de proximité en soins de santé dans la MRC Robert-Cliche ;*
>
> ***la promotion de la santé, la prévention et la sensibilisation à la santé et aux saines habitudes de vie ;*** *des facteurs clés pour le maintien d'une population en santé ;*

De même, la coopérative s'est donné les objectifs suivants :

> *Participer activement dans la réorganisation des points de services par la modernisation du plateau technique et l'utilisation des technologies de l'information et des communications ;*
>
> *Soutenir les professionnels de la santé dans la dispense des soins de santé en coordonnant les activités administratives.*
>
> *Voir à la mise en place de conditions favorables permettant de maximiser le travail des omnipraticiens et des autres professionnels de la santé tout en maintenant des lieux et des conditions de travail de qualité ;*
>
> *Intéresser le plus grand nombre de gens possible à l'organisation des services de proximité en soins de santé dans la MRC Robert-Cliche en les invitant à devenir membres : membres utilisateurs (citoyens), membres producteurs (professionnels de la santé) et membres de soutien (entreprises ou organismes) ;*
>
> *Développer une offre de services adaptés aux besoins de la clientèle notamment pour faciliter la conciliation entre le travail et la famille.*

Le modèle d'affaires de la coopérative en est un d'offre de services de santé de première ligne au sein de deux cliniques avec divers professionnels de la santé dont, principalement, des médecins. Ces derniers sont payés à l'acte par le régime public d'assurance-maladie et paient donc un loyer à la coopérative en plus de la rémunération de secrétaires médicales. Du fait qu'ils sont rémunérés par le réseau public, il n'y a pas de frais défrayés par les citoyens pour leur consultation.

26 La population du territoire étant de 19 288 personnes selon le recensement de 2011, on peut donc reconnaître la forte pénétration de la coopérative dans son milieu.

27 Partie en italique, tel que précisé sur le portail de la coopérative : http://www.coopsanterc.com/fr/membres

28 http://www.coopsanterc.com/fr/adhesion

Il n'y a pas d'obligation d'être membre de la coopérative pour consulter les médecins. Cependant, un des avantages d'être membre est lors de consultation de la clinique sans rendez-vous. En effet, le membre peut être informé de l'heure approximative de sa consultation plutôt que de devoir se présenter dès l'ouverture du sans rendez-vous et faire le pied de grue durant de nombreuses heures. Il y a aussi d'autres avantages à être membre de la coopérative:

- Rabais auprès de commerçants participants ;
- Wi-fi gratuit et usage d'iPad : Les membres ont accès au code d'accès et en plus, pour la durée d'attente, peuvent se faire prêter un iPad ;
- Les enfants de moins de 18 ans dont le médecin de famille pratique à la coopérative bénéficient des avantages réservés aux membres dès qu'un de leur parent le devient ! Très utile au sans rendez-vous notamment ![28].

Des personnes résidant à l'extérieur du territoire de la MRC viennent également consulter les médecins et autres professionnels de la santé. Cette consultation par des personnes externes de la région témoigne d'une bonne perception des prestations offertes par la coopérative. Plus globalement, l'évaluation générale de la performance de l'organisation relève du conseil d'administration où l'on retrouve les principales parties prenantes soit des citoyens, des médecins, des membres de soutien. De même, comme la coopérative est liée par convention avec les médecins pour la gestion de l'entente GMF, il y a aussi des mécanismes de reddition de comptes. La même règle s'applique dans le cas de l'entente avec le CIUSSS, la structure publique en santé (prêt de personnel).

DONNÉES FINANCIÈRES

La consultation des états financiers en date du 31 décembre 2016 laisse voir des revenus totaux de 538 k$. Les principales sources de revenus sont les suivantes :

Cotisation annuelle (défrayé par les membres) : 258 k$

Location (frais de loyer assumé par les locataires): 99 k$

Revenus de services, comprenant des frais accessoires tels vaccins, prise de sang, traitement azote, en plus de revenus de publicité : 76 k$

Tel que mentionné ailleurs dans ce rapport, la coopérative a bénéficié depuis ses débuts de nombreuses contributions. Une qui se démarque est celle des caisses Desjardins. On estime en effet que depuis le début des activités de la coopérative, Desjardins a versé 200k $ à la coopérative. Ce soutien de Desjardins vient de l'activité des mêmes citoyens avec cette coopérative de services financiers. Desjardins dispose de budgets –dons et commandites, fonds d'aide au développement du milieu, qui peuvent être investis en soutien à des activités du milieu jugées prioritaires.

Le coût d'adhésion d'un membre est de 100 $, soit 70 $ en parts remboursable et 30 $ considéré comme cotisation. Par la suite, le coût annuel de la cotisation est variable d'une année à l'autre tel que décidé par le conseil d'administration selon les besoins de la coopérative. En 2017, il s'établissait à 90 $.

28 http://www.coopsanterc.com/fr/adhesion

IMPACT DE LA COOPÉRATIVE

L'impact de la coopérative sur son milieu est majeur. En 2016 on relève 35 000 consultations, on compte plus de 12 000 dossiers actifs sur une population totale d'environ 20 000 personnes sur le territoire de la MRC. En ce sens, hors de tout doute, la coopérative a relevé le pari de sa raison d'être : assurer une offre de services de santé de première ligne avec les ressources appropriées. En soi, ce n'est pas rien, car en stabilisant et améliorant ces services, la coopérative a certainement contribué à assurer le maintien de populations dans leur milieu. En effet, on sait qu'en vieillissant, les gens ont tendance à consommer davantage de services de santé ce qui soulève l'enjeu de l'accessibilité.

L'absence de services appropriée notamment de ressources médicales peut provoquer leur déménagement vers des pôles urbains mieux dotés de ces facilités. Par ailleurs, tel que le relevaient les consultations menées en 2003 et 2007, la disponibilité d'un tel service était aussi un enjeu important pour les travailleurs. En effet, un service déficient ou des heures d'ouverture restreintes peuvent décourager des travailleurs ou des ménages actifs de s'installer dans un milieu ainsi handicapé. Donc à nouveau, on peut apprécier la contribution de la coopérative sur ces enjeux de rétention de population dans leur milieu voire même, d'attraction de nouveaux citoyens !

COOPÉRATIVE DE SOLIDARITÉ SANTÉ DE CONTRECŒUR, CONTRECŒUR, QUÉBEC

Située à une soixantaine de kilomètres de Montréal dans la municipalité éponyme qui compte 6250 habitants, la coopérative de solidarité santé de Contrecœur est la plus grosse coopérative de santé que l'on recense dans la grande région de Montréal. Constituée en 2002 à partir de la volonté d'un citoyen d'améliorer la prestation de services de santé de première ligne à Contrecœur, dès le départ, la coopérative s'est forgée un solide partenariat avec la municipalité, a pu compter sur l'appui de la caisse Desjardins locale et d'organismes de soutien à l'entrepreneuriat collectif qui y ont ainsi vu un projet porteur pour le milieu. Au fil des années, elle s'est développée, pas après pas, et compte aujourd'hui une variété de prestations de services de santé.

En 2016, sous le nom de clinique Reversa[29], la coopérative s'est engagée dans un nouveau projet de promotion santé en ciblant les personnes obèses, celle souffrant de diabète de type 2 et de syndrome métabolique. Elle engage un médecin à titre de consultant et une infirmière. Un kinésiologue et une psychologue sont aussi associés à la démarche. Il s'agit de s'attaquer principalement au mode alimentaire des participants. Au départ du programme pour un participant, il y a un bilan complet de santé de réalisé. Puis on constitue des groupes de 15 personnes, et se tient des rencontres aux deux semaines avec un suivi réalisé par l'infirmière.

Le programme d'un participant se présente comme suit :

- 7 rencontres d'infirmières
- 2 rencontres d'un kinésiologue
- 1 rencontre d'une psychologue

De plus, depuis juin 2017, à partir d'une formation reçue, le médecin impliqué dans le projet fait de l'accompagnement à partir de ressources et outils sur le WEB.

Pour le suivi et la promotion, on utilise des médias sociaux tels Facebook. Il en coûte 850 $ pour suivre le programme[30]. Le statut de membre de la coopérative permet de bénéficier d'un rabais de 100 $[31].

En sus du populaire programme « clinique Reversa », la coopérative offre directement des services aux clients par la présence d'une infirmière. Il s'agit donc des actions suivantes[32] :

- Nettoyage d'oreilles
- Prise de pression artérielle
- Carnet de santé; taux de glycémie, cholestérol, pression artérielle et indice de masse corporel (IMC)
- Soins de plaies
- Conseil

29 http://www.cliniquereversa.com/

30 En vigueur en janvier 2019

31 Voir la section 8 sur les impacts de ce programme.

32 Information sur le portail de la coopérative : http://www.coopcontrecoeur.com/nos-services

Les autres services sont offerts sur la base de professionnels qui louent des espaces. Il s'agit donc :

- D'une clinique chiropratique : 2 chiropraticiens
- D'une clinique qui offre à la fois des consultations sans rendez-vous et avec rendez-vous[33] : En 2019, ils seront 10 médecins encore répartis sur deux sites.
- D'une clinique en saine habitude de vie, la clinique santé optimale : Elle compte une éducatrice en diabète, un kinésiologue et une nutritionniste
- Des spécialistes en Ortho-Action Orthésistes : 2 personnes
- Une équipe de psychologues, l'équipe Chantal Tremblay : 4 psychologues dont une spécialisée auprès des enfants, un neuropsychologue et une étudiante de doctorat. Cette équipe offre les prestations suivantes :
  1. Services généraux de psychologie
  2. Services en toxicomanie, jeu et dépendances
  3. Évaluation neuropsychologique
  4. Services spécialisés dans l'évaluation et le suivi du trouble déficitaire d'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H)

Par ailleurs, en accord avec le déploiement du Dossier Santé Québec dirigé par le Ministère de la Santé et des Services sociaux[34], soit l'informatisation des dossiers patients, la coopérative est engagée dans cette voie depuis quelques années et en date de décembre 2018, 75 % des dossiers patients existants étaient ainsi numérisés et tous les nouveaux patients voient désormais leur dossier numérisé dès leur inscription.

Sur le plan administratif et de l'entretien, on compte 12 employés. La coopérative regroupe 2500 membres utilisateurs et 3 membres de soutien. En 2016, 5560 patients ont été desservis en médecine générale et il y a eu 14 348 rendez-vous.

MISSION, VISION

Comme précisé dans le rapport annuel 2017 de la coopérative sa mission se présente comme suit :

> *La Coopérative de Solidarité-Santé de Contrecœur a pour mission d'offrir des services de santé de 1re ligne accessibles qui reflètent les besoins de la communauté locale. Elle vise à promouvoir la participation citoyenne dans l'amélioration globale de la santé individuelle et collective.*

Dans le même document, on y fait état des objectifs que poursuit la coopérative :

- *Regrouper les personnes sensibles à une approche holistique et citoyenne de la santé au sein de la communauté ;*
- *Offrir aux membres un vaste éventail de services en matière de santé, à la fois conventionnels et complémentaires, par une approche intégrée et multidisciplinaire ;*
- *Créer des services correspondant aux besoins de la population locale, et ce, en encourageant la participation des membres dans l'organisation de la coopérative ;*
- *Encourager la responsabilisation des membres face à leur santé en mettant en place des programmes visant la prévention et la promotion de saines habitudes de vie ;*
- *Mettre en place des conditions de travail de qualité favorisant une dispensation des services plus performante et efficace.*

33 Ces médecins encouragent les clients à devenir membres de la coopérative si ce n'est déjà fait.

34 Voir www.dossierdesante.gouv.qc.ca

MODÈLE D'AFFAIRES

Le modèle d'affaires de la coopérative consiste à gérer les espaces d'un édifice abritant des bureaux de divers professionnels de santé et d'offrir elle-même des services. Sauf pour les services couverts par le Régime d'assurance-maladie du Québec (régime public d'assurance-maladie du Québec qui s'inscrit dans le régime canadien d'assurance-maladie universel), soit les consultations médicales, les autres prestations de professionnels doivent être supportées directement par le client. Depuis août 2017, la coopérative s'est vue confier le mandat de la gestion d'une entente de groupe de médecine familial (GMF), ce qui rapporte à la coopérative en frais de gestion environ 80 000 $/an. Ce faisant, comme c'est le cas pour d'autres coopératives de santé qui ont ce mandat[35], la coopérative gère du personnel administratif et se voit ainsi rémunérée pour son action. En terme pratique, cela va signifier pour la coopérative de gérer une secrétaire de plus et la location d'espaces de bureau à un coût favorable pour elle.

Approuvé par la FCSDSQ et la RAMQ, ce genre d'entente de gestion contribue à stabiliser les revenus des coopératives de santé et ainsi, solutionner des problèmes financiers.

DONNÉES FINANCIÈRES

En date du 30 novembre 2017, le portrait financier de la coopérative se présentait comme suit :

- Revenus : 460 000 $[36]
- Dépenses : 436 000 $[37]
- Parts de qualification : 320 000 $[38]
- Parts privilégiées de catégorie A[39] : 182 000 $
- Réserve négative de 174 000 $

La réserve est donc négative, mais le niveau important de capitalisation de la coopérative soit un total de 502 000 $ lui donne une marge de manœuvre pour ne pas être en crise de liquidité.

Le succès de la clinique Reversa en termes de personnes inscrites, combinées avec les revenus générés par l'entente GMF a déjà contribué à améliorer la santé financière de la coopérative, ce qui devrait se poursuivre dans les années à venir. Dans le cadre d'un tournoi de golf annuel, depuis des années, la municipalité remet un montant à la coopérative ce qui s'est traduit par la somme de 5000 $ en 2018. Cependant, devant l'amélioration sensible de la situation financière de la coopérative, ce soutien ne sera désormais pas renouvelé.

35 Voir le cas de la coopérative de santé Robert-Cliche

36 Soit comme principale source, les revenus de location pour 183 000 $ et les revenus de cotisation pour 148 000k $. La cotisation annuelle est maintenant fixée à 70 $, taxes incluses, par membre.

37 Le principal poste de dépenses étant les salaires pour 176 000 $ du personnel administratif.

38 Parts pour se qualifier comme membre. Il s'agit de parts sociales d'une valeur de 10 $/part. Chaque membre doit souscrire 8 parts soit un total de 80 $.

39 Détenues par 3 partenaires : Investissement Québec, la municipalité de Contrecœur et le CLD. Les parts de cette dernière corporation seront remboursées dans leur totalité en 2019.

IMPACTS DE L'ACTION DE LA COOPÉRATIVE

L'impact de ce pôle de services de santé de première ligne se fait sentir et se reflète dans les statistiques. Ainsi, sur une base comparative 2014–2016, tel que rapporté dans le rapport annuel 2016 de la coopérative, on peut apprécier la progression sur divers indicateurs :

INDICATEURS/ANNÉE DE RÉFÉRENCE	2014	2016
Nombre de patients avec un médecin de famille	3 702	5 560
Nombre de RDV avec un médecin de famille	6 512	14 348
Nombre de patients pris en charge	470	1 435
Nombre de patients vus sans rendez-vous	2 066	3 456
Nombre de patients vus par une infirmière praticienne	375	721
Patients vus par une infirmière pour des prises de sang	966	1 296

Par ailleurs, les activités de la clinique reversa rencontrent un vif succès. Ainsi, en février 2017 débute la première cohorte et à titre d'observation préliminaire, on relève une baisse de la consommation de médicaments et une perte de poids chez plusieurs participants.

AVENIR

Deux projets sont sur la table à dessin pour le court terme, soit d'organiser en juin 2019 une conférence internationale à Montréal sur le modèle mis de l'avant par la clinique Reversa et explorer le déploiement d'activités en gériatrie sociale, une action qui vise à composer avec l'enjeu du viellissement de la population.

Avec ses ressources, la coopérative santé Contrecœur est désormais perçue comme un pôle de services de santé de première ligne non pas sur le plan local, mais régional, preuve de sa notoriété et son rayonnement qui ont débordé les frontières de la municipalité ou est né son action.

RÉFÉRENCE

Entrevue Chantal Dubuc, directrice générale de la coopérative le 12 décembre 2018 en plus de nombreux échanges de courriels.

http://www.coopcontrecoeur.com/

COOPÉRATIVE DE SOLIDARITÉ SABSA, QUÉBEC, QUÉBEC

Constituée en 2011, la Coopérative de solidarité SABSA (service à bas seuil d'accessibilité), coopérative à finalité non lucrative, a trouvé pignon sur rue dans un quartier populaire de la ville de Québec au Canada pour intervenir auprès de personnes vulnérables notamment celles souffrant d'hépatite C et du VIH sida. Fait original, ce sont des infirmières praticiennes qui sont au cœur de ce projet, une profession qui se voit confier un rôle plus important que l'infirmière traditionnelle. En 2014 et en 2015, la coopérative a bénéficié d'un soutien financier substantiel d'un syndicat d'infirmiers pour déployer davantage ses activités, ce qui veut dire, avoir un lieu physique plus accessible et ajouter dans son offre de services, un service de clinique de proximité pour les résidants du quartier. En 2016, pour stabiliser sa situation, la coopérative a mené avec succès une campagne de sociofinancement de 250k$. Après une intense campagne médiatique, elle s'est aussi vue reconnue par le réseau public en santé pour bénéficier d'un financement de certaines de ses activités tout en conservant son autonomie organisationnelle et son mode original de gestion (décentralisé et participatif). S'appuyant sur une équipe d'employées rémunérées (5) et de bénévoles (10), en 2017, elle a mené 3655 consultations pour un total de 1349 patients dont 515 en étaient à une première consultation. Ses services sont complémentaires au système de santé et non concurrent. En outre, ils sont offerts gratuitement. En date de janvier 2018, la coopérative compte 19 membres travailleurs, 273 membres utilisateurs et 301 membres de soutien. Selon un rapport de recherche intérimaire d'une équipe de l'Université de Montréal et de l'Université Laval publiée en mars 2017 et qui suit le projet depuis 2014, cette coopérative constitue un modèle de prise en charge remarquablement efficient non seulement en termes d'accessibilité, mais aussi de continuité des services. Cette efficience découle d'un mode de pratique qui combine des consultations rapides et sans rendez-vous à une offre de suivi des patients afin de répondre à leurs besoins de façon globale.

MODÈLE D'AFFAIRES

Depuis sa naissance en 2011, la coopérative de solidarité SABSA a ajusté son domaine d'intervention. Ainsi, voici les principaux éléments d'orientation –mission, objectifs, philosophie des soins, valeurs, telles que précisées dans le rapport annuel 2016 qui encadre son offre de services:

MISSION :

Offrir des soins et des services de santé de proximité adaptés à la clientèle vulnérable par une équipe multidisciplinaire.

OBJECTIFS :

Améliorer et favoriser l'accès à des soins et à des services de santé préventifs ou curatifs ;

Responsabiliser les personnes face à leur santé ;

Favoriser le mouvement coopératif auprès de nos membres.

PHILOSOPHIE DES SOINS :

Les infirmières et les différents intervenants de la Coopérative SABSA offrent des soins de qualité de promotion de la santé, de prévention de la maladie ainsi que de première ligne guidés par une philosophie à la fois ***humaniste et pragmatiste****.*

Le point de départ des ***soins humanistes*** *s'articule autour des priorités de la personne et des préoccupations exprimées. Il consiste à guider, à conseiller, à soutenir et à encourager la personne et ses proches à prendre leurs responsabilités envers leur santé et leur qualité de vie. C'est aussi les encourager à participer au plan d'intervention et de les considérer comme partenaires de premier plan dans les décisions qui les concernent.*

En interdisciplinarité et en partenariat avec divers organismes communautaires, les approches de ***soins pragmatistes*** *visant la* ***réduction des méfaits*** *sont aussi préconisées.*

Ces approches pragmatistes consistent à offrir sans jugement, des connaissances, des ressources et du soutien aux personnes souvent marginalisées, notamment celles souffrant de dépendance. Ces soins visent à réduire le risque que la personne porte préjudice, soit à elle- même ou à d'autres. Ces approches visent ainsi la diminution des répercussions négatives associées à des comportements néfastes pour la santé plutôt que l'absence de ces comportements. Cependant, ces approches visent certes la réduction des méfaits sans pour autant rejeter la notion d'abstinence.

Les valeurs :

- *Respect :*
  - *Nous accueillons la personne avec diligence et courtoisie, peu importe ses différences et ses limites.*
  - *Nous tenons compte de l'unicité de la personne.*
  - *En reconnaissant à la personne un pouvoir décisionnel véritable, son choix est respecté.*
  - *Nous maintenons la confidentialité et l'intimité des personnes soignées.*
- *Compassion :*
  - *Nous écoutons.*
  - *La signification que la personne donne à l'expérience vécue est le point de départ de notre soin.*
  - *Nous démontrons de l'ouverture et de l'empathie.*
- *Confiance au potentiel de chacun :*
  - *Nous croyons à la capacité de chaque personne de se dépasser.*
  - *Nous reconnaissons et soulignons les efforts, les forces et la contribution de chacun.*
- *Engagement :*
  - *Nous portons le désir de nous dépasser et de faire preuve de persévérance dans nos actions.*
  - *Nous poursuivons avec rigueur et intégrité la quête d'amélioration continue de nos compétences pour offrir des soins efficaces et sécuritaires.*
- *Responsabilisation :*
  - *Nous souhaitons que chaque personne prenne en charge sa santé et que l'ensemble des membres participe à la vie associative.*

C'est sur cette toile de fond de règles et principes que la coopérative décline son offre de services qui se présente comme suit :

- Suivi de traitement pour le VHC (virus de l'hépatite C) et le VIH/Sida ;
- Clinique de proximité de soins infirmiers;
- Programme d'éducation à la santé ;
- Service d'évaluation et de consultation ;
- Soins infirmiers (ex. : dépistage, vaccination, enseignements, etc.) ;
- Suivis infirmiers et psychosociaux ;
- Références.

Plusieurs dimensions de cette offre de service se singularisent, mais la plus importante reste sans contredit l'approche humaniste. Le client n'est pas confronté à une organisation impersonnelle. En outre, contrairement aux cliniques où les médecins sont payés à l'acte, le mode de rémunération des infirmières chez SABSA ne met aucune pression pour multiplier les consultations à l'heure. On prend le temps d'écouter le patient, de dialoguer avec lui, ce qui s'explique également par cette volonté d'intégrer une composante psychosociale dans l'approche thérapeutique. De plus, comme une part de la prestation se fait par des infirmières bénévoles, ces dernières n'ont aucune pression : elles donnent du temps par choix, non par obligation ! Elles ne sont pas poussées par l'employeur à accélérer le rythme des consultations ni à être contraintes par telle et telle procédure plus ou moins pertinente pour le bien-être du patient !

La volonté d'être à l'écoute des patients s'exprime aussi au conseil d'administration de l'organisation du fait que l'on y retrouve aussi un représentant des usagers.[40]

Enfin, même si entre les divers intervenants de la coopérative – personnel rémunéré, bénévole, on relève plusieurs zones de floues et que cela demande beaucoup de souplesse, on se parle beaucoup. En somme, c'est stimulant, mais instable !

Précision très importante, par son modèle d'affaires qui vise la gratuité de ses services, et ce, sans la présence de médecins, en plus d'avoir une forte sensibilité à des populations vulnérables, la coopérative SABSA est une des deux seules de son genre dans les coopératives de santé active au Québec en 2018. Les autres coopératives sollicitent fréquemment les membres pour une cotisation annuelle en plus d'œuvrer avec la prestation professionnelle de médecins.

Enfin, SABSA participe à la campagne publique de vaccination, mais ne reçoit aucun financement (c'est offert gratuitement) et ne charge aucun coût, et ce contrairement à des cliniques et des cliniques d'infirmier(e)s.

STRUCTURE DE GOUVERNANCE

SABSA est donc une coopérative de solidarité, une organisation comptant trois catégories de membres. La base associative de la coopérative en date du 31 décembre 2017 suivante :

- 19 membres travailleurs ;
- 273 utilisateurs ;
- 301 membres de soutien.

Les membres sont représentés au conseil d'administration selon la composition suivante :

3 membres travailleurs

1 membre de soutien

1 membre utilisateur

40 Développé plus en détail dans la section gouvernance.

En date du 31 décembre 2017, la coopérative était présidée par une membre travailleuse bénévole, une infirmière. Le CA a une culture de fonctionnement très consultative et participative, aux antipodes de processus bureaucratique, de logique technocratique. Cette organisation fonctionne « au grand bon sens », pour reprendre les mots de sa coordonnatrice. Outre la gestion des urgences comme la campagne de sociofinancement, les représentations pour être reconnu dans le réseau public de santé, le CA se concentre sur l'offre de service de la coopérative.

À l'exemple des autres coopératives, SABSA convoque chaque année ses membres à une assemblée générale qui voit aussi à l'élection des membres du conseil.

DONNÉES FINANCIÈRES

La coopérative a fait un bond prodigieux dans ses revenus. Alors qu'en 2013, elle opérait avec à peine 30 k$ de revenus annuels, pour les années 2015 et 2016, les revenus se sont plutôt situés dans la fourchette de 500 à 550 k$. En sus, on relève un apport sous forme de service qui est respectivement de 66 k$ en 2015 et 179 k$ en 2016. En 2017, les revenus ont atteint 370 k$.

Pour 2017, les revenus proviennent de contributions d'entreprises privées (environ 21 %), des revenus de campagne de financement ou de dons (25 %), de subventions (11%), de revenus de conférences (2 %), et l'apport sous forme de services (41 %).

IMPACTS DE L'ACTION DE LA COOPÉRATIVE

L'impact de cette coopérative s'exprime à plusieurs niveaux. Avec ses 3000 personnes d'inscrites dont 60 % qui n'ont pas de médecins de famille, elle a contribué à prendre en charge des gens qui souvent, sont orphelins de ressources dans le système de santé. De façon plus spécifique pour les personnes atteintes d'hépatite C, par le suivi adéquat, on reconnaît l'efficacité de son modèle. Les gastroentérologues ne veulent pas se trouver avec des personnes instables donc SABSA démontre son efficacité avec ces gens même s'ils sont désorganisés.

De plus, SABSA a fait la démonstration incontestable de sa pertinence comme ressource alternative de première ligne, car il n'y a qu'environ 5 % des cas qui nécessitent une référence à un autre professionnel de la santé, par exemple, un médecin[41].

Toujours selon le rapport de recherche intérimaire d'une équipe de l'Université de Montréal et de l'Université Laval publié en mars 2017[42] et qui suit le projet depuis 2014[43], on relève que sur le plan de la pratique interprofessionnelle collaborative et centralité infirmière :

> *L'offre de soins repose principalement sur la pratique infirmière, mais aussi sur un interprofessionnalisme poussé. L'infirmière praticienne spécialisée de première ligne (IPSPL) est le centre de gravité de l'offre de soins en assumant près de 85% des consultations. La clinique est toutefois très bien intégrée dans le réseau de soins de la région. Plusieurs médecins omnipraticiens et spécialistes collaborent sur une base régulière avec les membres de la Coopérative de solidarité SABSA.*

41 On peut aussi soutenir que ces nombreuses consultations réalisées par les IPSPL ont permis d'éviter à des personnes de se présenter dans des urgences et conséquemment une économie significative dans les frais d'ouverture de dossiers dans les hôpitaux.

42 Contandriopoulos D., Duhoux A., Perroux M., Lachapelle K., Laroche D. & Lardeux A. (2017, v2). Coopérative de solidarité SABSA, Descriptif de milieu. Projet de recherche ESPI. Montréal.

43 Cette recherche longitudinale devrait être complétée en 2019.

Par ailleurs, en matière de soins intégrés, le rapport souligne la contribution suivante :

> *La coopérative de solidarité SABSA agit et soigne en équipe à partir d'un portrait global du patient qui est partie prenante de la relation thérapeutique. Les services offerts intègrent des soins primaires courants, des services de prévention, de dépistage et d'éducation aux patients. Des relations de confiance se sont établies entre les professionnelles de la Coopérative de solidarité SABSA et des professionnels d'autres milieux (médecins omnipraticiens, gastroentérologues, pharmaciens, infirmières de CLSC…) et des organismes communautaires extérieurs à la Coopérative de solidarité SABSA, ce qui permet de compléter l'offre de soins et d'augmenter leur continuité.*

Enfin, dernière donnée et non la moindre de ce rapport, on estime qu'en 2015, l'action de la coopérative a permis des […] *économies directes liées aux soins médicaux non facturés au réseau sociosanitaire québécois de plus de 120 000 $.*[44]

Cette donnée est susceptible de prendre de l'importance lors d'une prochaine campagne électorale ou, inévitablement, on cherchera des formules intéressantes pour contenir les coûts du système de santé, étant entendu que la rémunération des médecins accapare plus de 21 % du budget de la santé.[45]

Par ailleurs, les coûts sociaux économiques (congé pour rendez-vous médical, absences au travail, surfacturations et sur prescriptions par les médecins, la non-accessibilité à des soins par la clientèle vulnérable occasionne des frais à l'État, etc.) n'ont pas été évalués dans le cadre du projet de recherche.

Concernant l'impact du modèle de soins sur la santé des personnes, la coopérative a débuté en 2016 une collaboration pour un protocole de recherche avec la faculté de pharmacie de l'Université Laval. *Soigner et guérir l'hépatite C chez les individus vulnérables :* décrire l'expérience et l'efficacité de SABSA. L'étude se réalise avec un échantillon de 130 individus traités à la Coop.

RÉFÉRENCE

Entrevue Emmanuelle Lapointe, collaboratrice à la fondation de SABSA, 20 décembre 2018 en plus de nombreux échanges de courriels.

44 Il s'agit d'un montant minimum parce que les chercheurs n'ont pas accès à la banque de données de la RAMQ. De plus, il y a également l'économie d'un montant de 60K annuel accordé au médecin dans le cadre de la supervision d'une IPSPL. De plus, les fournitures médicales ont été payées par la coopérative et la subvention de la FIQ donc une autre source d'économie pour l'État.

45 Selon certaines données, au cours de la période 2004–2014, la rémunération des médecins généralistes a augmenté de 54 % alors que celle des médecins spécialistes a cru de 66% : http://iris-recherche.s3.amazonaws.com/uploads/publication/file/Re_mune_ration_des_me_decins_WEB.pdf

COOPÉRATIVE DE SANTÉ DE LA BASSE-LIÈVRE, GATINEAU, QUÉBEC

CONTEXTE D'ÉMERGENCE

Le projet de la coopérative de santé de la Basse-Lièvre, située dans le secteur Buckingham de la Ville de Gatineau, a été initié à la suite d'une détérioration marquée des services de médecine de première ligne sur son territoire. Historiquement les cliniques de ce territoire ont toujours su bien répondu aux demandes de la population, qui compte environ 23 500 personnes. Toutefois, comme ailleurs au Québec, les mesures visant à favoriser la pratique des médecins en milieu hospitalier, combiné au manque de soutien généralisé accordé aux cliniques familiales, ont fait en sorte que la situation des cliniques présentes sur le territoire s'est considérablement dégradée. Uniquement au cours de l'année 2010, ce secteur qui comptait déjà 15, 000 patients sans médecins de famille, a vu une de ses cliniques médicales fermer définitivement ses portes, résultant en une perte nette de 5 médecins omnipraticiens. Les quelques cliniques qui ont persisté sur le territoire étaient supportées par des médecins dont l'âge de la retraite approchait et qui conséquemment ne prenaient plus de nouveaux patients et connaissaient de la difficulté à assurer une relève à long terme de leur clinique.

Devant ce problème de fond, quelques médecins et citoyens du territoire se sont réunis afin d'envisager des solutions à long terme. C'est ainsi que l'idée d'une coopérative de santé a été considérée et qu'un comité provisoire a été mis sur pied afin d'en évaluer la pertinence et, le cas échéant, d'en assurer l'implantation.

Comme dans beaucoup de projets de la sorte, un des facteurs déterminants de son succès repose sur la qualité et la diversité du comité provisoire, qui regroupait de nombreux leaders du milieu communautaires, du milieu des affaires, du mouvement coopératif et du secteur de la santé. La Coopérative de développement régional Outaouais–Laurentides (CDROL) a été mandatée pour accompagner la réalisation d'une étude de faisabilité pour déterminer le meilleur scénario d'implantation. Cette étude visait non seulement à déterminer les besoins et la meilleure stratégie d'implantation, mais aussi à utiliser le processus de collecte de données pour former les membres du comité provisoire et sensibiliser les acteurs du milieu. L'étude a été réalisée en trois étapes. À chaque étape un retour sur les informations recueillies était fait avec les membres du comité pour qu'ils s'approprient ces informations et qu'ils les intègrent au processus de dialogue avec la communauté.

Au mois de décembre 2010 et janvier 2011, un sondage fut distribué aux résidents du secteur afin d'évaluer les besoins en soins de santé ainsi que la réceptivité par rapport au projet de coopérative de santé de la Basse-Lièvre. En moins de 10 jours, plus de 1 100 personnes ont complété le sondage. Les membres du comité provisoire constatent de façon claire l'intérêt de la population pour la Coop alors que 90 % des répondants déclarent vouloir devenir membres d'une coopérative de santé advenant sa création. Le besoin est criant puisque plus de 58 % des répondants indiquent qu'il leur est difficile

d'obtenir des soins de santé. D'ailleurs, près de deux répondants sur trois affirment obtenir présentement leurs soins à l'urgence de l'hôpital.

Après des mois de mobilisation, de rencontres publiques et de consultations auprès des acteurs du milieu, l'étude est déposée : le scénario privilégié est la prise en charge par la coopérative de la clinique de Buckingham. La clinique est située au deuxième étage d'une pharmacie, au cœur du village urbain et fait partie du groupe de médecine familiale de la Basse-Lièvre. L'avantage de ce scénario est multiple : La clinique est connue de la population, sans relève elle risque la fermeture dans un horizon de trois ans, elle est sous-utilisée et offre des perspectives d'expansion et finalement elle fait partie d'un GMF qui propose une continuité de soins pour les patients et d'appui institutionnel supplémentaire pour les professionnels.

Cette acquisition s'est officiellement faite le premier août 2012. Le conseil fait le pari dès le départ d'exiger une cotisation annuelle de 30 $ afin d'assurer la viabilité de la coopérative et de soutenir son développement, mais annonce du même souffle que le conseil fera tout en son pouvoir pour graduellement éliminer cette cotisation et faire reposer la viabilité de la clinique sur les revenus de location. Le défi sera relevé en 2016 année durant laquelle la coopérative abolira les cotisations.

La coopérative se développe très rapidement, si bien qu'en 2014 elle procède a des rénovations majeures, ajoutant 14 salles d'examens et de chirurgie mineure, pour un total de 30 salles d'examens. Ce ne sont pas moins de 9 médecins qui se joindront à la coopérative dans ces premières années. En date de décembre 2018,la coopérative compte 23 médecins. De plus une nutritionniste, une massothérapeute, deux psychologues, une travailleuse sociale, une pharmacienne, un service d'audioprothésiste et un service d'orthèses du pied louent des locaux au sein des installations de la coop.

La coopérative compte un CA de 9 personnes, dont 7 membres utilisateurs et deux médecins (membres de soutien). La coopérative compte 14 travailleurs salariés qui ne sont pas membres de la coopérative.

MODÈLE D'AFFAIRES

Comme c'est le cas pour la grande majorité des coopératives de santé au Québec, le modèle d'affaires de la coopérative consiste à gérer les espaces d'un édifice abritant des bureaux de divers professionnels de santé. Ses revenus proviennent majoritairement des revenus de loyers et du service de secrétariat qu'elle offre aux professionnels.

IMPACT DU GMF

Dès son démarrage, les médecins pratiquant à la coopérative faisaient partie du GMF de la Basse lièvre, qui a été implanté en 2008. La participation au GMF présente de nombreux avantages pour la coopérative, tant pour ses membres utilisateurs que les médecins. La prise en charge partagée des patients entre 35 médecins sur 4 sites est un avantage pour toutes les parties prenantes. La participation d'autres professionnels (travailleurs sociaux, infirmières cliniciennes, psychologues, ergothérapeutes, physiothérapeutes, pharmacienne, etc.) permet d'assurer des services élargis qui prennent en compte la dimension psychosociale.

Le GMF soutien aussi le déploiement de programmes de prévention, de promotion et d'information et des cours de groupes sur divers aspects de la santé tel que les maladies chroniques (diabète et hypertension), sur les troubles envahissant du développement (TDAH) et sur la prise de médicaments à risque. La participation au GMF a aussi permis l'informatisation des nouveaux dossier médicaux – les dossiers préexistants étant informatisé au fur et à mesure des visites. Comme le GMF assume lui-même, à partir des fonds publics des services de prévention et de promotion, la coopérative ne s'est pas engagée dans ces activités.

VOLUMÉTRIE DES SERVICES

Professionnels	Consultations 2017
Médecins 23	53 000 Consultations (82,000 au GMF)
Infirmière clinicienne	3 infirmières
Infirmière praticienne	Aucune depuis 2016
2 psychologues	N.D.
1 massothérapie	N.D.
1 psychoéducatrice	N.D.
1 audioprothésiste (2 fois par mois)	N.D.
Employés	14 personnes

	2017
Revenus	654 363 $
Revenus de location	563 000 $
Dons, collectes de fonds et autres revenus	77 700 $
Capital social	51 660 $
Nombre de membres	1 722

COOPÉRATIVE DE SANTÉ DU NORD DE LA PETITE NATION, CHÉNÉVILLE, QUÉBEC

La Coopérative de santé du Nord de la Petite Nation est une de deux coopératives de proximité basée sur les services d'infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne (IPSPL)[46]. Ce modèle clinique permet de dispenser des soins par une IPSPL sans présence médicale à la Coopérative. La pratique professionnelle des IPSPL se fait en partenariat avec un médecin qui accepte de travailler en collaboration avec l'IPSPL et combine à la fois l'exercice d'une pratique infirmière avancée et l'exercice de certaines activités médicales.

La Coopérative est le deuxième établissement au Québec à offrir les services d'une infirmière praticienne spécialisée payée par l'État pratiquant en partenariat avec un médecin à distance. Il a été accordé à la coop en reconnaissance du manque d'accès a des services médicaux de premières lignes sur son territoire. Elle a démarré grâce à un engagement important des municipalités de son territoire ainsi que de la MRC et la Caisse Desjardins locale et d'un appui de la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ)

CONTEXTE D'ÉMERGENCE

Le projet de coopérative dans le Nord de la Petite Nation a débuté à l'automne 2011, alors qu'un regroupement de citoyens et d'élus municipaux se sont mobilisés pour trouver des solutions communes au manque de ressource médicale sur le territoire. Un comité provisoire a été mis sur pied afin d'analyser différents scénarios de coopérative de santé pouvant le mieux répondre aux besoins du milieu. Le comité a chargé la Coopérative de développement régional Outaouais–Laurentides de les accompagner dans cette réflexion et de réaliser, selon une approche participative avec le milieu une étude de faisabilité visant à déterminer les différentes approches possibles. L'étude finale a été déposée en 2013.

Au départ, 9 municipalités du Nord de la Municipalité régionale de comté de Papineau ont appuyé le projet (ils sont aujourd'hui 10 municipalités) avec comme objectif de corriger le déficit de service de première ligne sur leur territoire. Cette sous-région combinait un certain nombre de caractéristiques qui mettaient énormément de pression sur les soins de santé : population âgée et taux de maladies chroniques élevé, une faible densité de population jumelée a des problématiques de transport et une géographie routière complexe. En 2012, 29 % de sa population était sans médecin de famille et à ce jour aucun Groupe de médecine familiale n'est actif sur son territoire. Les quelques médecins qui pratiquent, le font de façon isolée et ne prennent pas en charge

46 Avec la coopérative SABSA

de nouveaux patients. En 2014 pas moins de 24 000 patients québécois, dont de nombreux patients de cette région se déplaçaient dans la province voisine de l'Ontario pour consommer des services de santé. Cette même année le gouvernement québécois a déboursé 24 millions de dollars à l'hôpital de Hawkesbury en Ontario pour financer les services rendus a des patients québécois.

Un sondage réalisé en 2012 auprès de 230 personnes du territoire a permis de confirmer un soutien important pour le projet et d'identifier les principaux besoins exprimés par la population.

Comme dans la grande majorité des projets de coopératives au Québec la Caisse populaire Desjardins locale a appuyé le projet depuis ses débuts et continue à le faire. En 2015 la coopérative a réussi à installer ses premiers locaux dans la municipalité de Chénéville. La Municipalité a mis à sa disposition, a un tarif réduit, les locaux d'un ancien couvent qui abritait aussi la bibliothèque municipale et les bureaux d'une ophtalmologiste.

UN PARTENARIAT AVEC LA FÉDÉRATION INTERPROFESSIONNELLE DE LA SANTÉ DU QUÉBEC (FIQ)

En 2014, la FIQ[47], le principal syndicat d'infirmier et d'infirmières du Québec décide d'étudier le modèle des coopératives de santé et réfléchi alors à la possibilité de développer des cliniques coopératives de proximité, basées sur les services d'une infirmière praticienne spécialisée (IPS). L'objectif de la FIQ est de démontrer la contribution importante que les IPS peuvent faire pour désengorger le système de santé tout en répondant aux besoins des populations les plus vulnérables. La présidente de la coopérative, Lise Villeneuve, elle-même infirmière clinicienne à la retraite, participe à ces rencontres. Ces échanges vont changer le cours des choses pour la coopérative et donner lieu à la réalisation d'un des deux projets de cliniques de proximité supportés par la FIQ (l'autre étant SABSA).

C'est donc en juin 2015 que la FIQ annonce officiellement son soutien à la coopérative, sous la forme d'un projet de recherche-action qui finance le salaire à temps partiel d'une infirmière praticienne. Mais malgré la présence d'une médecin partenaire qui accepte d'encadrer le travail de l'IPS, le recrutement s'avère difficile. L'opposition du ministre de la Santé de l'époque à l'établissement de clinique basée sur des IPS autonomes causera presque la fin des deux projets. Finalement les pressions de la FIQ et les résultats impressionnants du projet SABSA à Québec permettront d'en arriver à un accord avec le ministre. Les deux projets pourront finalement aller de l'avant et compter sur une part de financement public. En 2016, la coopérative obtient donc un soutien du CISSS local qui déploie pour un an et demi une IPS un jour semaine, permettant la prise en charge de quelques 25 patients par jour. Depuis le 8 janvier 2018, une IPS (aussi rémunérée par le CISSS) est maintenant présente à la coopérative 3 jours semaines.

En août 2018 la coopérative a aussi procédé à l'agrandissement de ses locaux. Elle y héberge un centre de prélèvement, un acuponcteur, un masso-kinénésithérapeute et ostéopathe et une massothérapeute-réflexologue et depuis novembre 2017, un service de soins podologique.

47 Extrait du site web de la FIQ - http://www.fiqsante.qc.ca/a-propos-de-la-fiq/ : « La FIQ est une organisation syndicale qui compte près de 76 000 membres infirmières, infirmières auxiliaires, inhalothérapeutes et perfusionnistes cliniques œuvrant dans les établissements de santé aux quatre coins du Québec. La FIQ est une organisation féministe, composée à plus de 90 % de femmes, vouée à la défense de ses membres, mais également à celle des patient-e-s et du réseau public de santé. »

INFORMATISATION DES DOSSIERS MÉDICAUX

En janvier 2017 la coop obtient une subvention de 10 000 $ de la FIQ qui lui permet de procéder à l'informatisation de ses dossiers patients. Cette avancée permet à l'IPS et a la médecin référence de voir en temps réel la même information, ce qui facilite énormément le travail. La numérisation des dossiers permet aussi de dégager énormément d'espace dans les locaux de la coopérative et d'ainsi augmenter les revenus de location.

VOLUMÉTRIE DES SERVICES

Professionnels	Consultations entre Mars 2017 et Février 2018
Medecin / 1 jour semaine	264 consultations
Infirmière praticienne spécialisée / 3 jours semaines	850 consultations
Service de prélèvements	433 prélèvements
masso-kinénésithérapie et ostéopathie	293 consultations
Acupuncture	115
Massothérapie-réflexologie	88
Podologie	15

	2017
Revenus	36 116 $
Revenus de location	16 316 $
Dons, collectes de fonds et autres revenus	19 800 $
Capital social	37 500 $
Nombre de membres	750 $

CLINIQUE COMMUNAUTAIRE DE POINTE-SAINT-CHARLES, MONTRÉAL, QUÉBEC

Ce cas est unique au Québec. On le retrouve cependant ailleurs au pays[48]. Il s'agit d'une clinique localisée dans un quartier populaire de Montréal –Pointe-Saint-Charles qui est dans le secteur sud-ouest de la ville, et qui comptait un peu plus de 13 000 personnes au recensement de 2011, une population en partie défavorisée, avec une majorité de locuteurs francophones, mais comptant également une importante communauté anglophone, irlandaise et anglaise d'origine.

Offrant donc ses services dans les deux langues, français et anglais, la clinique regroupe plus de 140 employés, elle est totalement financée par des fonds publics et a une gouvernance de citoyens, tant sur le plan du conseil d'administration que de l'assemblée générale. La clinique rejoint annuellement plus de 30 % de la population du quartier. En outre, elle concilie harmonieusement une approche curative et préventive en reconnaissant l'importance des déterminants de la santé – logement, éducation, environnement, etc., et en cherchant à agir sur eux de concert avec des organismes communautaires du milieu.

Pour bien comprendre ce cas exceptionnel, par ailleurs très inspirant pour les promoteurs d'une citoyenneté engagée en matière de santé, il faut en saisir les fondements historiques. Ainsi, le portrait de sa constitution en 1968 se présente comme suit tel que rapporté sur le portail de cette organisation[49] :

La Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles est mise sur pied par des étudiants en médecine, en soins infirmiers et en sociologie de l'Université McGill qui sont préoccupés par le peu de services médicaux dans le quartier. Ces étudiants sont inspirés par le modèle des cliniques populaires existant dans certains quartiers pauvres des États-Unis. Selon ce modèle de médecine communautaire, il existe un lien entre la pauvreté, les conditions de vie et l'état de santé. Des citoyen-ne-s du quartier sont rapidement intégrés au projet.

C'est la première clinique communautaire établie dans un quartier populaire au Québec. On y pratique la médecine familiale et les gens du quartier peuvent recevoir des services médicaux gratuitement, et surtout, on s'attaque aux causes de la maladie.

À cette époque, outre les étudiants en médecine, le personnel comprend une infirmière, un médecin à demi-temps et un psychologue. On y pratique une médecine qui relie les problèmes de santé et les problèmes sociaux et, surtout, on intervient sur leurs causes.

48 Notamment à Winnipeg au Manitoba, Nor West Coop Community Health et en Saskatchewan dans 3 cliniques.

49 https://ccpsc.qc.ca/fr/historique

Quelque 6 ans après sa fondation, soit en 1974, la clinique va mener une rude bataille pour être reconnue **comme étant un organisme communautaire autonome avec mandat de CLSC**. La signification en est que la clinique est subventionnée comme un CLSC, mais peut conserver sa structure décisionnelle citoyenne, donc sa souveraineté, son indépendance. C'est un cas unique, car comme mentionné dans la partie historique de ce rapport, toutes les autres cliniques communautaires ont été intégrées dans la structure des CLSC donc ont perdu leur assise citoyenne et leur autonomie pour désormais être intégré dans une logique strictement bureaucratique et étatique.

Avec cette reconnaissance et le financement venant avec, la clinique sera en mesure d'élargir son offre de services et partant, de renforcer son équipe de travail en y intégrant davantage divers professionnels de la santé –infirmière, orthopédagogue, travailleurs sociaux, mais aussi, des organisateurs communautaires, car le choix de composer avec les déterminants de la santé exige des actions pour améliorer ce qui détermine la santé des citoyens, par exemple, s'assurer de la disponibilité de logements de qualité à coût abordable, sans punaises de lit. Ainsi, son personnel passera de trente à quatre-vingt-dix employés entre 1974 et 1986.

Fait très important à souligner, tout au long de l'histoire de la clinique soit de 1968 à 2018, cette reconnaissance par les autorités publiques du statut singulier de la clinique sera régulièrement remise en cause par des gouvernements successifs, qu'ils soient du parti québécois ou du parti libéral. On tolère mal la différence !

En contrepartie, avec ses solides appuis dans le milieu, la clinique mobilisera régulièrement ses partisans et les élus locaux pour des actions citoyennes de type pétitions, assemblées, manifestations dans le but de faire savoir haut et fort que les citoyens de Pointe-Saint-Charles tiennent à « leur » clinique.

Ce sera le cas en 1977–1979 alors que le Parti Québécois est au pouvoir, avec le ministre de la Santé qui tient absolument à les intégrer dans une structure de CLSC, mais qui devra battre en retraite devant la mobilisation populaire en reconnaissant ce qui suit :

> *« Compte tenu de votre existence antérieure à l'implantation des CLSC, le ministère des Affaires sociales a confirmé son intention de ne pas vous assimiler à ce type d'établissement, mais bien de respecter la spécificité de votre organisme. »*

Le scénario se répète en 1990–1992 cette fois avec un gouvernement libéral. Avec l'adoption d'un projet de loi portant sur la santé et les services sociaux, la clinique va perdre ses attributs particuliers. La réaction ne se fait pas attendre :

> *La Clinique et les citoyen-ne-s du quartier se mobilisent d'une manière sans précédant: assemblées publiques de plus de 600 personnes, pétition signée par près de la moitié de la population adulte du quartier déposée à Québec par une délégation du quartier appuyé par les élus municipaux, participation à la commission parlementaire, théâtre de rue, manifestations devant les bureaux de la Régie régionale et du Ministère de la Santé et des Services sociaux, etc.*

Une fois de plus, devant le tollé populaire, le ministre doit reculer et maintenir le statut unique de cette clinique dans le firmament des établissements de santé au Québec. Cependant, pour la suite des choses, la clinique sera financée par l'agence régionale de santé plutôt que directement du ministère, mais cela n'aura pas d'impact significatif sur son fonctionnement sinon de composer avec de nouveaux interlocuteurs, de nouvelles règles.

De nouveau, rien n'est acquis. En 2005, l'Agence ouvre la convention de financement. Ce faisant, il faudra deux ans de négociation serrée pour maintenir le financement de la clinique. Ainsi, l'entente lui permet de :

50 Les Centres de santé et services sociaux (CSSS) ont existé de 2004 à 2015 au Québec. Il s'agissait de structure étatique regroupant plusieurs missions de santé (voir la présentation du système de santé du Québec).

- *garder son statut alternatif d'organisme communautaire autonome avec mandat de CLSC au sein du système de santé du Québec,*
- *continuer à recevoir les budgets accordés aux CSSS[50] pour la mission CLSC, de recevoir les budgets accordés aux CSSS pour développer des ententes de services avec les groupes communautaires du quartier,*
- *recevoir toutes les informations nécessaires et de participer aux comités de travail de l'Agence ou du CSSS qui sont pertinent à notre mission CLSC,*
- *développer une entente de partenariat avec le CSSS afin d'assurer à notre population l'accès aux services non offerts par la Clinique (ex. services de 2e ligne).*

L'entente soustrait la clinique du financement du CSSS comme le sont les autres CLSC et continue de recevoir son financement directement de l'Agence de la Santé et des Services sociaux de Montréal.

En 2014, une nouvelle réforme de la santé au Québec vient chambouler les structures existantes en les fusionnant dans des super-structures, les Centres intégrés de santé et services sociaux et les Centres intégrés universitaires de santé et services sociaux. Bonne nouvelle pour la clinique, rien n'indique que l'entente de gestion annuelle et le financement des services seront remis en question, de toute évidence, on a pris acte des nombreux combats menés au cours de l'histoire par cette organisation pour défendre et maintenir son statut.

LA CLINIQUE EN 2018

Forte de ses 50 ans de combat pour assurer sa survie, mais aussi de son identité citoyenne unique et l'engagement de ses 140 employés, la clinique définit comme suit sa mission, son mandat et ses valeurs[51] :

NOTRE MISSION

La Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles est un organisme de santé contrôlé par les citoyen-ne-s. Son objectif est d'organiser des services préventifs et curatifs et de regrouper les citoyen-ne-s autour des questions de santé afin d'améliorer les conditions de santé à court et à long terme.

NOTRE MANDAT

La Clinique communautaire a un statut d'organisme communautaire (organisme privé conventionné), mais un mandat de CLSC, tel que défini dans la Loi sur la santé et les services sociaux. Ce sont les citoyens et citoyennes qui décident des orientations et des services de la Clinique et s'assurent qu'elle réponde aux besoins en santé et en services sociaux du quartier. La gestion citoyenne de la Clinique reflète donc la vision et les valeurs promues et défendues par la population. Au cœur de ces orientations se trouve une conviction fondamentale: ***la santé est un droit essentiel et collectif non négociable***.

NOS VALEURS

À la Clinique, tout est mis en œuvre pour que chaque personne y trouve le respect de ses valeurs, de sa dignité et de son autonomie. C'est dans un respect mutuel que citoyens et citoyennes de même que travailleurs et travailleuses collaborent ensemble pour répondre le plus adéquatement possible aux besoins exprimés. Être à l'écoute des gens, c'est être convaincu que les premiers concernés sont les mieux placés pour identifier les services dont ils ont besoin. La Clinique favorise ainsi l'éducation et la prise en charge par les individus de leurs problèmes individuels et collectifs, dans une perspective « d'empowerment » et de solidarité de la communauté. Dans ce sens, la Clinique travaille aussi à démystifier le pouvoir des professionnel-le-s pour qu'il existe un partage du pouvoir et du savoir entre les intervenant-e-s de la santé et les gens du quartier. Cette approche permet aux citoyen-ne-s de se réapproprier du pouvoir sur leur santé.

51 https://ccpsc.qc.ca/fr/qui-sommes-nous Les parties soulignées ou en caractère gras proviennent directement du portail de la clinique.

Au quotidien, la clinique traduit ses éléments d'orientation par 3 grandes approches qui de nouveau, la singularise totalement des cliniques traditionnelles au Québec :

Une approche globale de la personne et de la santé

> *La Clinique communautaire fait sienne la définition de la santé proposée par l'Organisation mondiale de la santé, à savoir que « la santé est un état de complet bien-être physique », lesquelles la Clinique se donne le mandat d'intervenir. Dans cette perspective, la Clinique intervient non seulement auprès de ses usager-e-s, mais également auprès de leurs réseaux sociaux, et avec les ressources communautaires afin d'améliorer les conditions de santé de la population.*
>
> *Dans ce sens et depuis ses débuts, la Clinique met de l'avant une approche globale en santé alliant le social et le médical. La personne qui vient à la Clinique n'est pas « enfermée » dans un programme précis à partir d'un diagnostic médical ou social, mais elle est perçue comme une personne à part entière pouvant avoir des besoins différents. Par exemple, une personne qui vient consulter un médecin pour un mal de dos peut être également guidée vers d'autres services si on s'aperçoit qu'elle a d'autres besoins[…]*

Le travail de prévention de la maladie et de promotion de la santé

> *Il est de la volonté de la Clinique d'agir en amont des problèmes de santé et des problèmes sociaux en travaillant à la prévention et la promotion de la santé. Ce travail important prend une place prépondérante dans le travail des différentes équipes. Il s'exprime de multiples façons : donner au centre de femme un atelier sur la ménopause ou le dépistage du cancer du sein; organiser des journées de dépistage du diabète dans les tours d'habitation de personnes âgées ; bâtir des projets jeunesse pour prévenir la toxicomanie ; réaliser des ateliers scolaires pour tenter de prévenir la grossesse chez les adolescentes, etc. Par des activités de prévention et de promotion de la santé, il est possible par exemple de désamorcer rapidement la formation de « gangs de rue » dans le quartier ou encore de circonvenir les phénomènes d'isolement social ou de détresse psychologique, beaucoup moins présents à Pointe-Saint-Charles que dans les autres quartiers défavorisés. […]*

Une clinique qui agit sur les déterminants de la santé

> *À l'instar des grandes politiques nationales et internationales, la Clinique considère que les conditions de vie en général et les conditions socio-économiques en particulier sont parmi les principaux déterminants de la santé et c'est pourquoi elle mobilise les citoyens et citoyennes à lutter contre la pauvreté. Lieu de mobilisation dans le quartier, **la Clinique a toujours assumé sa responsabilité d'agir pour la justice, dans le sens du changement social, afin de défendre les droits économiques et sociaux de la population du quartier**.*
>
> *Beaucoup de luttes sociales ont été entreprises à travers les années par les groupes communautaires du quartier et par la Clinique afin d'influencer les politiques qui auront un impact sur les gens du quartier. Ces actions visent l'amélioration des conditions de vie en agissant sur les déterminants de la santé. […]*

SERVICES OFFERTS

La clinique propose une vaste gamme de services combinant des services de base pour tous du type consultation médicale sans rendez-vous, à des services plus spécialisés s'adressant à des clientèles spécifiques. Dans ce dernier cas, il s'agit par exemple, de programmes destinés spécifiquement à des femmes enceintes, à des enfants et adolescents à l'école et des personnes âgées qui ont besoin de soutien à domicile de type ergothérapie, soutien à des proches aidants, soins infirmiers, etc.

Enfin, la clinique est un carrefour unique d'information et ressources permettant d'orienter les citoyens vers le soutien approprié à ses besoins.

COOPÉRATIVE DE SOLIDARITÉ DE SERVICES À DOMICILE DU ROYAUME DU SAGUENAY, SAGUENAY, QUÉBEC

Depuis 1997, au Québec, un réseau d'une centaine d'entreprises d'économie sociale en service à domicile (EÉSAD) offre ses services principalement à des personnes âgées pour leur permettre de demeurer le plus longtemps possible dans leur maison ou logement plutôt que déménager dans une résidence pour aînés, avec les conséquences que cela implique sur le plan du déracinement, la perte de liens sociaux. Ces EÉSAD se répartissent en organisme à but non lucratif et en coopérative. Dans ce dernier cas, la majorité a adopté la forme d'une coopérative de solidarité, comptant donc généralement trois catégories de membres : des membres utilisateurs, des membres travailleurs et des membres de soutien.

La plupart des EÉSAD se sont spécialisées essentiellement dans les actes de la vie domestique (AVD) de types, service d'entretien ménager, préparation de repas, grands ménages, soutien civique et accompagnement. Il n'y a peu d'exemples d'EÉSAD s'étant engagées dans une démarche très entrepreneuriale à savoir, tenter de développer davantage l'offre de service en dehors de marchés ou clientèles prédéfinies (nature des services offerts, milieux d'interventions, partenaires) et offrir de l'aide à la vie quotidienne (AVQ) comme faire sa toilette, se laver, s'habiller, s'alimenter, se rendre aux toilettes, se déplacer, etc.

Le cas de la Coopérative de solidarité de services à domicile du Royaume du Saguenay (CSSDRS) témoigne justement d'un cas semblable. Localisée dans la ville de Saguenay au Québec qui est situé à environ 450 kilomètres de Montréal, une municipalité comptant 145 000 habitants, cette coopérative, en multipliant les ententes de service avec divers organismes publics, va décupler ses activités en ajoutant à son offre de service aux AVD le volet AVQ et ainsi devenir la plus importante organisation de cette nature non seulement au Québec, mais au Canada. Né en 2009, de la fusion de deux organismes évoluant sur des territoires contigus la CSSDRS fourni ainsi de l'emploi à plus de 235 personnes devenant ainsi un important employeur de la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean. En outre, cette coopérative est propriétaire d'une résidence de 28 unités pour personnes âgées. Elle offre 286 000 d'heures de services sur une base annuelle et compte 9700 membres. Sa directrice générale est aussi impliquée dans de nombreux organismes ayant ainsi développé un vaste réseau de contacts.

UNE INITIATIVE UNIQUE EN AMÉRIQUE DU NORD, LES EESAD, LE PEFSAD

Le vieillissement marqué de la population pose l'épineuse question de la façon de composer avec cette donnée. Au Québec, pour orienter les choix, on s'est inspiré de diverses études démontrant que si la condition de la personne le permet, il est préférable de rester chez soi plutôt que d'être déplacé dans une résidence. Ce faisant, on peut préserver des liens sociaux qui se sont développés au fil des décennies avec le voisinage. Le moyen privilégié est d'offrir une aide à domicile visant à soulager les personnes vieillissantes de travaux domestiques et autres tâches quotidiennes.

Jusqu'en 1996, le service d'aide-domestique était jusqu'alors offert sur une base très inégale d'une région à l'autre : parfois par des organismes communautaires ou coopératifs, mais soumis aux aléas de financement ad hoc, d'autre fois, par des ressources familiales, mais avec l'incertitude inhérente à ce type de contribution et enfin, à l'occasion, par du travail au noir donc sans standard de qualité et aucune protection sociale pour les employés.

C'est lors d'un grand rassemblement d'acteurs du monde des affaires, de leaders syndicaux et féministes, d'organismes communautaires et du monde coopératif tenu en 1996 à l'initiative du gouvernement du Québec que fut décidé de jeter les bases de deux actions importantes permettant de mettre en place une stratégie structurante en aide-domestique et qui, c'est très important de le souligner, tiens compte de la situation financière des ménages et individus concernés pour en rendre son accès universel.

Le tout visait les grands paramètres suivants tels que rapportés par deux chercheurs (Vaillancourt et Jetté, 2009) :

- La création d'emplois durables et non des postes d'insertion ;
- Ces postes seront occupés essentiellement par des femmes[52] ;
- Cette démarche s'inscrit dans la lutte contre le travail au noir ;
- La clientèle visée est principalement celle des personnes âgées et, accessoirement, celle des ménages actifs ;
- La politique soutient l'offre de services en donnant l'exclusivité à des entreprises d'économie sociale ;
- La politique soutient également la demande de services en la solvabilisant par un programme[53] ;
- Le statut juridique des entreprises peut-être celui des coopératives ou OBNL.

Le tout va donc se découper en deux grandes actions : une sur le plan de l'offre, l'autre sur le plan de la demande : la mise en place d'un processus d'accréditation d'entreprises d'économie sociale en service à domicile et la constitution d'un programme apportant une aide financière aux individus consommant les services, modulée selon leur propre situation financière, le Programme d'exonération financière pour les services d'aide-domestique (PEFSAD).

52 Faisant ainsi écho à des demandes exprimées dans un rapport portant sur l'enjeu de la création d'emplois de qualité pour les femmes publié en 1996 : « Entre l'espoir et le doute : rapport du comité d'orientation et de concertation sur l'économie sociale ». Ce rapport a été rédigé dans le prolongement de la Marche des femmes contre la pauvreté en juin 1995 : « Du pain et des roses »

53 Ce sera le rôle du PEFSAD.

ACCRÉDITATION DES EESAD

Le processus d'accréditation des EESAD vise à s'assurer que sur un territoire donné, celui qui à l'origine se calquait sur le territoire d'un CLSC, une seule EESAD soit accréditée pour éviter la multiplication de l'offre de service. Cette EESAD aura donc l'exclusivité du PEFSAD. Le choix fut donc laissé aux promoteurs d'EÉSAD de choisir l'habit juridique jugée le plus approprié soit le statut d'organisme à but non lucratif (OBNL) ou de coopérative. Près de 55 % des nouvelles EÉSAD adoptèrent le statut d'OBNL et le 45 % restant, le statut de coopérative, dont la vaste majorité, le modèle de la coopérative de solidarité avec les trois catégories de membres, utilisateurs (consommateurs), travailleurs et de soutien.

Il faut savoir que la reconnaissance du statut d'EÉSAD n'impliquait pas nécessairement la création d'une nouvelle corporation bien que ce fut majoritairement le cas, mais dans certains cas, ce fut simplement la reconnaissance de corporations déjà en activité. Ainsi, trois coopératives de services à domicile de types consommateurs existaient déjà en 1996, celle de l'Estrie, de la Rive-Sud (Lévis et région avoisinante) et de Laval. La naissance de nouvelles corporations était aussi à l'occasion le résultat de la fusion d'organismes existants.

LE PEFSAD

Le PEFSAD est un programme original qui vise plusieurs buts au cœur duquel on retrouve le soutien à la demande et à l'offre de service comme le mentionnent Jetté et Vaillancourt (2009 : 10) :

> « …le PEFSAD se présente depuis sa création en 1997 comme une subvention destinée aux utilisateurs des services et non pas à l'entreprise elle-même, même si les EÉSAD sont seules habilitées à donner les services à partir de cette subvention. Il n'en demeure pas moins que c'est l'entreprise elle-même qui reçoit directement les sommes après une évaluation des besoins et de la situation des utilisateurs de services. C'est là une originalité du PEFSAD, qui s'avère à la fois un programme de soutien à la demande et à l'offre de service : soutien à la demande, parce que l'argent est versé en fonction des services d'aide domestique fournie aux utilisateurs; soutien à l'offre, parce que la mesure cible uniquement les entreprises d'économie sociale ayant fait l'objet d'une accréditation préalable. »

Depuis son adoption en 1997, le PEFSAD a donc évolué avec des ajustements. Il se présente désormais comme suit[54] :

COMMENT FONCTIONNE LE PROGRAMME ?

Sur la base de services d'aide-domestique rendus par une entreprise d'économie sociale en aide-domestique (EÉSAD) reconnue aux fins du programme, une réduction du tarif horaire exigé par cette entreprise est consentie à la personne qui bénéficie du programme. Cette réduction peut être obtenue de deux façons.

- Premièrement, une réduction d'un montant fixe de 4 $ pour chaque heure de service rendu. Cette réduction, appelée « aide fixe » est accessible à toute personne admissible au programme quel que soit son revenu familial.
- Deuxièmement, une réduction supplémentaire d'un montant variant de 1,43 $ à 11,44 $ pour chaque heure de service rendu. Cette réduction supplémentaire, appelée « aide variable », est établie en fonction d'une grille de calcul qui tient compte du revenu et de la situation familiale de la personne.

54 Information à jour en date de décembre 2018 http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/programmes-aide/aide-domestique/Pages/aide-domestique.aspx

La réduction maximale ou montant d'aide maximal, qu'une personne peut obtenir pour chaque heure de service rendu est de 15,44 $, soit 4 $ à titre d'aide fixe et 11,44 $ à titre d'aide variable. La personne ne paie que la différence entre le tarif exigé par l'entreprise et le montant d'aide qui lui est accordée.

QUELS SONT LES SERVICES D'AIDE-DOMESTIQUE VISÉS[55] ?

- L'entretien ménager léger : lessive, balayage, époussetage, nettoyage (ex. réfrigérateur, baignoire, garde-manger).
- L'entretien ménager lourd : grand ménage, déneigement de l'accès principal au domicile.
- L'entretien des vêtements.
- La préparation de repas sans diète.
- L'approvisionnement et autres courses.

Certaines entreprises n'offrent pas nécessairement tous les services visés.

Dans la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean, 6 EESAD furent donc accrédités en 1997.

Tel que mentionné sur le portail de la coopérative de solidarité de services à domicile du Royaume du Saguenay :

> *La Coopérative de solidarité de services à domicile du Royaume du Saguenay (CSSDRS) est née de la fusion entre les entreprises d'économie sociale de Jonquière et Chicoutimi et est devenue effective le 1er avril 2009. Cette opération aura permis à la CSSDRS de devenir* ***la plus grande entreprise d'aide à domicile au Québec****.*
>
> *En début d'année, en 1998, les deux entreprises ont été accréditées par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) pour administrer le programme d'exonération financière pour les services d'aide-domestique (PEFSAD).*
>
> *Tout d'abord, la Coopérative de maintien à domicile Saguenay est la première des deux à avoir commencé ses services. Elle était issue d'un projet nommé « Défi autonomie ». Jusqu'en 2009, celle-ci respecta en entier le consensus de 1996, qui était d'offrir uniquement des services d'aide à la vie domestique.*
>
> *Quant à elle, la Coopérative de services à domicile du Royaume, dès son ouverture, a travaillé à développer d'autres services très près du domaine de la santé. Notamment, en développant l'aide à la vie quotidienne (AVQ) dans les domiciles et en prenant en charge des îlots résidentiels à partir de 2000[56].*

Les employés des deux coopératives se sont syndiqués en 2003.

Suivant la fusion en 2009, la coopérative va étendre le savoir-faire acquis dans l'arrondissement Jonquière à l'arrondissement de Chicoutimi, c'est-à-dire intégrer dans l'offre de services des AVD les AVQ et assurer une prise en charge d'îlots résidentiels. La fusion des deux corporations aura également facilité l'intégration de ressources administratives plus spécialisées. Par la suite, la coopérative a pris en charge la gestion des ressources humaines et la gestion des cuisines de résidences de personnes âgées et a également acquis une telle résidence qui à l'époque, avait 29 unités. Devant son expansion constante, en 2014, la coopérative a revu sa structure organisationnelle pour éliminer une couche hiérarchique et être plus efficace. À l'instar de la tendance prise depuis ses débuts, dans sa planification, la coopérative a toujours la volonté de poursuivre son développement.

55 Que l'on associe aux actes de la vie domestique

56 http://www.cssdrs.ca/page/historique

MODÈLE D'AFFAIRES ACTUEL

Comme mentionné sur son portail, la mission de la coopérative se présente comme suit :

offrir des services d'aide à la vie domestique et quotidienne pour l'ensemble de la population, dans leur milieu de vie sur les territoires des centres de santé de Chicoutimi et de Jonquière. Grâce à un personnel compétent et professionnel, elle assure en continu des services de qualité reconnus dans son milieu.

Par ailleurs, sa vision de développement s'exprime ainsi :

> ***Entreprise avant-gardiste***
>
> *La CSSDRS est une entreprise avant-gardiste tant au niveau de son développement que de la gestion efficace de l'ensemble de ses ressources.*
>
> ***Entreprise essentielle***
>
> *La CSSDRS a su innover et développer des partenariats d'affaires dans le but de répondre efficacement aux besoins spécifiques de ses clients, devenant ainsi essentielle dans le domaine du maintien à domicile.*
>
> ***Employeur de choix***
>
> *La CSSDRS a su au fil des ans, motiver et mobiliser son personnel afin de créer un sentiment d'appartenance dans un environnement de travail exceptionnel, devenant ainsi un employeur de choix.*

Services offerts par la coopérative :

Aide-domestique

- Entretien ménagé régulier
- Entretien ménagé lourd (entretien du four, intérieur du frigidaire, etc.)
- Grand ménage (annuel) (selon disponibilités)

Préparation de repas

- Préparation de repas sans diète.

Soins à la personne

- Le service de soins à la personne comprend l'assistance à la vie quotidienne telle que l'aide à l'habillement, à l'alimentation, aux déplacements, les soins d'hygiène partiels ou complets, bains, exercices de stimulation, etc.

Accompagnement

- Nous pouvons vous accompagner pour faire vos courses : épicerie, pharmacie, banque, etc.

Répit

- Le service de répit permet au proche aidant d'avoir du temps pour lui-même, notre personnel compétent prendra en charge le bénéficiaire tant au niveau des soins, préparation de repas que par des activités de stimulation.

En date de décembre 2018, en sus d'offrir ses services, à des clientèles vivant dans leur domicile (maison ou logement) sur les territoires des secteurs Jonquière et Chicoutimi de la ville de Saguenay, la CSSDRS intervient dans des services de gestion du personnel, de la gérance de cafétérias et plus globalement, du service aux résidants de sept résidences pour personnes âgées. Une de ces résidences appartient à l'Office municipal d'habitation (OMH) et la coopérative en possède une, la pension Sainte-Famille qui compte 28 unités dont 9 places en ressources intermédiaires soit l'étape qui précède le placement en Centre hospitalier de soins de longue durée (CHSLD), une structure publique s'adressant aux personnes âgées en perte d'autonomie physique et/ou cognitive, par exemple, de personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer. Deux des résidences s'adressent à des personnes en perte d'autonomie et une troisième a une partie de ces unités à cette fin. Les quatre autres résidences sont considérées comme semi-autonomes. En février 2019, suite à la signature d'une entente de service, la coopérative va étendre ses services à nouvelle résidence propriété de l'OMH et qui compte 26 unités.

De plus, la coopérative a une entente de services pour une prise en charge de 6 résidences logeant chacune 9 personnes souffrantes de déficiences physiques. La coopérative s'occupe du suivi quotidien sur une base de 24 heures/jour, 7 jours/semaine. Ces résidences appartiennent à l'OMH et c'est le Centre intégré universitaire de santé et services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean (CIUSSS) qui achète les services.

Enfin sur le plan des données statistiques, en décembre 2018, le portrait se présente comme suit :

- Nombre de membres : 9800 membres, dont la vaste majorité est des membres utilisateurs. La coopérative compte aussi des membres travailleurs et des membres de soutien.
- Les trois catégories de membres sont représentées au conseil d'administration de la coopérative. C'est un membre issu du groupe des membres utilisateur qui préside le conseil d'administration.

DONNÉES FINANCIÈRES (POUR L'ANNÉE 2017)

- Nombre d'employés : 236[57]
- Nombre d'heures dispensées sur une base annuelle : 286 000[58]
- Chiffre d'affaires : 8,2 M$
- Données du bilan :
  - actifs[59] : 1 993 911 $
  - passifs : 1 272 666 $
  - avoir : 721 845 $

IMPACTS DE L'ACTION DE LA COOPÉRATIVE

FACTEURS DE RÉUSSITES

Quelques facteurs ont contribué à favoriser le développement remarquable de cette coopérative :

1. **L'écoute attentive des besoins grandissants des membres :** Depuis sa constitution, cette organisation a été au diapason des besoins évoluant de ses membres et a fait évoluer son offre de services en conséquence ;
2. **Une collaboration avec les autorités publiques en santé.** Durant plusieurs années, la coopérative a eu ses activités sur le territoire de deux Centres de santé et de services sociaux (CSSS) et s'appuyant sur leur ouverture d'esprit pour des partenariats, la coopérative a tôt fait d'avoir des ententes pour déployer ses services. Depuis 2015, les CSSS sont regroupés dans la même structure, le CIUSSS[60]. Le climat de collaboration et le capital de sympathies à l'égard de la coopérative prévalent toujours –les fonctionnaires qui travaillaient précédemment dans les deux CSSS ont été intégrés dans la nouvelle entité, même si on relève des mouvements de personnel et parfois, l'héritage d'attitudes de l'époque des deux structures donc la difficulté à avoir une vue globale. De plus, dans cette nouvelle mégastructure où les processus administratifs peuvent s'avérer très lourds, il y a aussi des cas d'employés en arrêt de travail ou en situation de détresse, ce qui peut rendre les suivis avec la coopérative exigeants ;
3. **Transfert réussi des savoir-faire :** Lors de la fusion des 2 coopératives en 2009, la direction de la coopérative a pu tirer profit de ce qui avait été développé comme savoir-faire dans une des deux coopératives pour l'adapter dans le modèle d'affaires de la nouvelle coopérative particulièrement dans le territoire de l'autre coopérative ;

57 Les deux unités syndicales sont toujours en place. Ces syndicats sont affiliés avec la FTQ.

58 La moyenne des heures/an offert par une EESAD se situe autour de 60 000–70 000 heures

59 Incluant la propriété d'une résidence pour personnes âgées.

60 Regroupant plus de 8 400 employés et doté d'un budget d'exploitation de plus de 707 millions de dollars, le CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean a commencé officiellement ses opérations le 1er avril 2015 et est né de la fusion de neuf établissements publics sur ce territoire. http://santesaglac.com/ciusss

4. **Investissement dans la formation :** La coopérative a pris le pari d'investir dans la formation pour permettre à ses employés de diversifier leurs compétences, par exemple, en sus de faire le ménage, pouvoir donner un bain à une personne âgée. Les infirmières auxiliaires sont ainsi formées pour, à leur tour, former des préposés à assumer des actes confiés. La coopérative s'est aussi engagée dans un projet « d'entreprise en santé[61] ».

DÉFIS

Le parcours remarquable de cette coopérative ne va pas sans quelques défis qui se posent dans son développement.

Plus grandes exigences pour les contrats : Nonobstant les très bonnes relations développées par la coopérative avec des offreurs de contrats, particulièrement le CIUSSS, le contexte est désormais plus difficile. Ainsi, l'allocation de contrats se fait par appel d'offres de services et la coopérative doit composer davantage avec la concurrence qui vient à la fois de prestataires privés et du milieu communautaire[62]. De plus, les AVQ ne sont pas attribués automatiquement aux EÉSAD. Enfin, les CHSLD procèdent par achat à la pièce pour des contrats et ne font pas une allocation globale.

Relations de travail : La coopérative a connu un développement remarquable au point de devenir une des PME fortes et dynamiques de la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean. Désormais un important employeur de la région, la coopérative doit aussi composer avec des attentes plus exigeantes de la partie syndicale. Cela étant, en 2017, les conventions collectives des employés ont été signées.

Valoriser le métier de préposés : en général, le métier de préposé en aide à domicile est plus ou moins valorisé, ce qui nuit aussi à l'attrait et à terme, la disponibilité de la main-d'œuvre (enjeu de pénurie). Il y a donc un enjeu de promouvoir ce métier.

Rétention du personnel, pénurie de main-d'œuvre : Les EÉSAD doivent composer avec un important roulement de personnel. La coopérative ne fait pas exception à la règle. Elle voit fréquemment son personnel quitter l'entreprise pour le réseau public en santé ou les conditions de travail y compris la rémunération sont plus alléchantes. En ce sens, pour favoriser la rétention du personnel, elle a développé un programme de santé mieux-être au travail qui offre notamment, le remboursement d'une partie des frais du personnel engagé dans un programme d'activité physique et autre. La coopérative est aussi associée à un défi sportif à l'échelle du Québec, lancé par un résidant de la région[63]. Sensible aux attentes des plus jeunes qu'elle souhaite recruter comme main d'œuvre, la coopérative travaille aussi pour offrir un climat valorisant au travail et une plus grande souplesse dans les horaires. L'enjeu de la rétention de main d'œuvre se double d'une pénurie d'effectifs dans la région. En ce sens, la coopérative a récemment procédé à une hausse moyenne de 8,8 % de la rémunération de son personnel ce qui dépasse le salaire moyen des préposés dans les résidences privées. Par ailleurs, d'ici l'hiver 2019, la coopérative devrait acheter un ancien couvent qui logera non seulement ses services administratifs, mais offrira des espaces à ses employés par exemple, pour une cuisine collective ou encore, une salle d'entraînement. Le tout vise à la fois à faciliter la rétention du personnel et en recruter de nouveaux. La mise à niveau de cet ancien couvent répondra aux normes les plus élevées en matière de développement durable.

Communication : Considérant la taille de la coopérative, la communication avec les diverses parties prenantes, mais en particulier les employés, constitue un défi.

Délicat équilibre entre plusieurs objectifs : La direction doit composer avec l'art de l'équilibre entre chercher à offrir une bonne qualité de service, proposer des conditions de travail intéressantes tant en termes de salaire que d'avantages sociaux et être un prestataire de service attrayant pour le réseau de la santé (tarification compétitive).

61 Certification émise par le Bureau de la normalisation du Québec faisant la promotion des saines habitudes de vie au sein de l'entreprise http://www.cssdrs.ca/page/entreprise-en-sante

62 Un protocole d'entente régit les relations entre les EESAD de la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean ce qui évite notamment une concurrence entre ces entreprises.

63 Le grand défi Pierre Lavoie : https://www.legdpl.com/en/

RÉFÉRENCES

Entrevue Lynda Bélanger, directrice générale de la coopérative le 17 décembre 2018.

Girard, J.-P. et I. Garon (2000). *Les coopératives dans le domaine sociosanitaire au Québec : portrait de la situation,* cahier de recherche, Chaire de coopération Guy-Bernier (UQAM) et Direction des coopératives, ministère de l'Industrie et du Commerce, Gouvernement du Québec, 43 p.

Jetté, C. et Y. Vaillancourt (avec la collaboration de Philippe Leclerc) (2009). *L'économie sociale et les services de soutien à domicile au Québec : coproduction ou coconstruction ?,* Cahier de recherche du LAREPPS, nº 09-07, 20 p.

CHAPITRE 3

État actuel et perspectives d'avenir des entreprises d'économie sociale dans le secteur de la santé

CONDITIONS D'ÉMERGENCE DES COOPÉRATIVES DE SANTÉ AU QUÉBEC

L'expérience des quelque 70 projets de coopératives de santé au Québec (incluant les projets qui n'ont pas abouti ou qui ont dû fermer leurs portes) a permis de dégager un certain nombre d'éléments communs au succès des projets, tant du point de vue de leur viabilité économique que de leur utilité sociale et sanitaire. Certain de ces éléments, qui avaient été identifiés par Isabelle Garon et Jean Pierre Girard lors des premières études sur les coopératives de santé à la fin des années 90 ne se sont jamais démentis. Ces principaux éléments sont :

- La prise de conscience, par la collectivité, d'un problème non résolu au niveau de leurs soins de santé est conditionnelle à la mise en place d'une coopérative de santé. Cette prise de conscience doit s'accompagner d'une démarche visant à comprendre les problématiques et à identifier les leviers d'actions qui sont à la portée des citoyens.
- Une implication et une volonté d'action de la part de la population. Cette condition peut sembler évidente, toutefois la combinaison de la prise en charge par l'état du système de santé combiné au pouvoir que les médecins exercent sur le monde médical et les autres professions a généré au sein de la population une attitude attentiste et une impression que le citoyen n'a pas sa place dans la prise en charge de sa propre santé. Une telle implication, ailleurs que dans la sphère philanthropique représente un changement de paradigme profond pour de nombreux citoyens et acteurs du système de la santé.
- L'appui et la collaboration d'intervenants économiques et sociaux, municipaux et régionaux sont préalables au processus de démarrage d'une coopérative. La complexité du secteur de la santé et les barrières à l'entrée exigent une mobilisation et une action complémentaires des intervenants sociaux, économiques et politiques du territoire. Cette mobilisation demande un processus de sensibilisation, d'information et d'éducation préalable.
- L'identification et l'implication de leaders, reconnus par le milieu, sont très importants. D'une part leur implication permet de mobiliser la population, d'attirer l'attention des intervenants locaux. Toutefois leur implication a aussi un effet psychologique puisqu'elle permet de minimiser le sentiment d'infériorité de la population face aux questions qui touchent le système de santé.
- L'éducation coopérative doit être omniprésente pour la réussite et la continuité du projet. La capacité d'action des coopératives de santé au sein du réseau public est définie et limitée par des règles étatiques précises et en constante évolution. La coopérative vivra sans cesse une tension entre une association ouverte et volontaire et un accès qui doit être universel et ouvert à toute la population. En ce sens l'avantage coopératif est moins personnel que collectif. L'adhésion à la coopérative relève donc plus d'un engagement envers la communauté et d'un mouvement de transformation et de

démocratisation des soins de santé que de la simple réponse à un besoin immédiat et personnel. Idéalement Il faut assurer une formation coopérative profonde, qui touche à la dimension philosophique et politique de la coopération et non seulement à sa mécanique et sa gouvernance. Peu de projets et de groupes ont atteint ce niveau de dialogue et de cheminement collectif, mais ceux qui l'ont fait ont assuré une meilleure mobilisation et une meilleure compréhension de leur projet par la population.

- Le projet doit se conformer aux réalités du milieu dans lequel il s'implante. Les projets de coopératives sont tous légèrement différents en fonction de la réalité du terrain, des besoins, de l'état du réseau local ou territorial de soin (RLS/RTS) au sein duquel ils s'implantent. Il n'y a pas de modèle unique. La modulation aux conditions locales est essentielle au succès.
- La coréalisation d'une étude de faisabilité selon une démarche participative (Van Den Borre) augmente considérablement les chances de succès projet. Entre autres le niveau de compréhension du projet par les différentes parties prenantes, incluant les professionnels s'en voit amélioré et permet une meilleure cohésion et capacité d'action collective.
- Les professionnels de la santé doivent être impliqués dès le départ ou approchés et recrutés immédiatement après l'étude de faisabilité du projet et les promoteurs doivent s'assurer de leur présence avant d'entreprendre toute démarche concrète. Idéalement les professionnels font partie du comité provisoire de la coopérative et se considèrent partie prenante du projet. Leur participation ne se limite pas à un lien économique ou d'affaires, mais à une implication sociale qui se traduit par un partage de connaissance et une relation non hiérarchique. Cette approche n'est pas nécessairement évidente pour le médecin. Il œuvre dans un paradigme d'asymétrie de l'information à l'égard du patient – c'est lui qui détient le savoir, donc ce passage à une approche plus conviviale peut représenter un défi.
- La coopérative doit être partie prenante du système public de santé sans pour cela perdre sa spécificité. Le réseau public québécois est composé d'acteurs publics, privés et communautaires qui organisent et collaborent. La coopérative doit fonctionner en conformité avec les lois amies aussi dans un esprit de collaboration et de complémentarité avec les acteurs du réseau.
- Le comité provisoire ou promoteur doit développer et communiquer efficacement un argumentaire pertinent et solide pour faire connaître son projet auprès de la population, des autres acteurs du système de santé et des agents sociaux de son territoire. Cet argumentaire présente des réponses concrètes aux problématiques soulevées, mais aussi aux aspirations des différentes parties prenantes. Cet argumentaire doit être développé et communiqué selon une approche pédagogique.

LES RECOMMANDATIONS DE LA FÉDÉRATION DES COOPÉRATIVES DE SERVICES À DOMICILE ET DE SANTÉ DU QUÉBEC EN 2012

En 2012 la Fédération des coopératives de services à domicile et de santé du Québec a amorcé une réflexion sur des orientations stratégiques en matière de développement et de fonctionnement des coopératives de santé. Suite à cette réflexion, la Fédération a délimité un cadre de référence avec l'objectif d'influencer la mise en œuvre et le fonctionnement des coopératives :

- **Un projet collectif.** Cette dimension a trait à la mobilisation et à la participation citoyenne à l'origine des projets de création des coopératives de santé. Par une prise de conscience collective, il y a une traduction par l'action de la nécessité de se prendre en charge et de se responsabiliser face à la santé. Le citoyen devient un acteur proactif vis-à-vis de sa propre santé, mais aussi face à la santé de sa communauté.
- **Une valeur ajoutée.** La coopérative participe à une meilleure répartition des ressources médicales. Elle doit favoriser une bonification des services déjà existants dans le milieu. Son positionnement ne doit pas faire en sorte qu'elle soit en situation de concurrence « malsaine » vis-à-vis des autres organisations, qu'elles soient privées, communautaires ou étatiques.
- **Une formule inclusive.** La coopérative doit permettre à toute personne d'avoir accès aux services de santé assurés sans égard à leur statut ou à leur capacité de payer. Cette obligation d'accès répond aux principes d'universalité et d'accessibilité de la Loi canadienne sur les services de santé. Il est évident qu'une fois cette affirmation prononcée, l'accessibilité aux services assurés dépendra de plusieurs facteurs structurels tels que la disponibilité du nombre des médecins œuvrant dans la coopérative.
- **Une offre de services diversifiée.** La coopérative doit apporter une valeur-ajoutée sur le plan des services offerts. L'offre de service ne doit pas uniquement consister en la dispensation de soins curatifs, mais doit également comprendre des services de prévention et de promotion de la santé. La mise en œuvre d'un volet efficace en prévention/promotion de la santé requiert une prise en compte des problématiques de santé publique dans la région et chez les membres-utilisateurs de la coopérative.

- **Une contribution annuelle.** L'analyse de la performance financière et sociale des différents projets a permis de conclure que le versement de contributions annuelles à la coopérative est souvent nécessaire pour plusieurs motifs :
  - Sauf dans des cas où la coopérative a une source de revenus diversifiés, la viabilité financière et le maintien des infrastructures de la coopérative ne pas uniquement reposer sur les revenus de loyer.
  - Elle peut permettre la mise en œuvre de services complémentaires non assurés par le régime public.

De par cette recommandation la Fédération a encouragé la mise en œuvre d'une politique de contribution annuelle au sein des coopératives de santé. Toutefois, la valeur monétaire de la contribution annuelle doit être socialement équitable et prendre en compte non seulement les nécessités de revenus de la coopérative, mais aussi le niveau des revenus des ménages dans les communautés concernées. Il est essentiel de noter que la contribution ne doit pas être une condition à l'accès. Bien que cette pratique se soit avérée essentielle et bénéfique pour plusieurs coopératives de santé au Québec, elle a été contestée par de nombreux membres et a fait l'objet de plaintes auprès des autorités. Même si cette pratique a été jugée légale pourvu qu'elle ne constitue pas une condition d'accès, la perception des membres à l'égard de cette pratique dépend du niveau d'éducation coopérative, de la diversité des services offerts par chaque coopérative et du sentiment d'appartenance des membres face à leur coopérative.

- **Une implication des professionnels de la santé, dont les médecins.** La coopérative doit favoriser une implication des professionnels de la santé dont les médecins, le cas échéant dès le démarrage. La Fédération encourage une participation financière des médecins dans la coopérative. En plus de favoriser le sentiment d'appartenance et d'utilité sociale des médecins, cette participation contribue à la viabilité de la coopérative.
- **Une intégration des services.** La Fédération considère souhaitable que le développement des coopératives de santé se fasse avec la collaboration des réseaux locaux de santé et des services sociaux. Les responsables de coopératives doivent œuvrer vers un partenariat concerté avec les représentants des CISSS de leur territoire. Une telle démarche comporte nécessairement une dimension éducative sur le fonctionnement, le rôle et la contribution des coopératives de santé.
- **Un partenariat financier.** Les représentants des coopératives de santé doivent considérer tous les partenaires possibles dans leur région: municipalité, caisses populaires, CISSS, entreprises du milieu, partenaires du milieu communautaire et de l'économie sociale, ministères, fondations et organismes de développement socio-économique.

LES BARRIÈRES LIMITANT LE DÉVELOPPEMENT DES COOPÉRATIVES DE SANTÉ

Le système de santé canadien et québécois est, d'entrée de jeu, très complexe. D'y insérer une composante citoyenne autonome issue de l'économie sociale demande une bonne compréhension du système de santé. Il existe plusieurs barrières à l'entrée pour une coopérative qui désire offrir des services de soins de santé. Voici un aperçu de ces obstacles :

- **Savoirs et connaissances :** Le secteur de la santé comporte plusieurs dimensions : scientifique, administrative, légale et réglementaire, communautaire, politique, sociologique. Longtemps le citoyen a été tenu à l'écart des décisions touchant non seulement l'organisation de ces services essentiels, mais aussi de la prise en charge de sa propre santé. Le développement d'un projet de coopérative de santé qui vise l'organisation de services de premières lignes implique d'abord la mobilisation, l'assimilation et la maîtrise collective d'un ensemble de connaissances diverses.
- **Culturels et politiques :** Dans plusieurs cultures et pays, la prise en charge et l'implication des citoyens dans la livraison et la gestion des soins de santé sont considérées normales et souhaitables. Par son histoire le Québec a développé une culture médicale et sociosanitaire qui se caractérise par une certaine domination des médecins s'appuyant sur leur légitimité médicale, doublée d'une bureaucratisation et d'une technocratisation aiguë de la gestion des soins de santé. Même en comparaison a des pays socialistes, le système québécois est excessivement centralisé, bureaucratique et hermétique à la participation citoyenne. Ceci s'accompagne d'une polarisation entre le système public et les associations syndicales qui d'une part représentent les différentes catégories de travailleurs, et d'autre part les associations de défense des droits des patients et des contribuables. Les coopératives de santé et plus globalement l'économie sociale, sont souvent vues comme un acteur externe, cette présence et reconnaissance n'est donc pas acquise.
- **Recrutement de médecins et plans régionaux d'effectifs médicaux.** Comme les différentes régions du Québec ne bénéficiant pas tout du même niveau d'accessibilité aux soins de santé, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec a mis en place les plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM). Ils ont pour but d'assurer à la population une plus grande équité d'accès aux services médicaux. Selon le ministère la notion d'équité vise à assurer à la population de chaque région une part équitable de services en privilégiant l'installation des médecins requis pour offrir ces services dans les différentes régions en fonction des besoins. Les médecins doivent donc s'assurer, avant de déplacer leur pratique, que les PREM leur permettent cette relocalisation. La coopérative

doit donc aussi tenir compte des PREM dans sa stratégie de recrutement en s'assurant qu'ils ne sont pas comblés avant d'approcher des médecins pour une charge de travail qui équivaut à plus de 55 % de ses activités RAMQ. Si le PREM est comblé, elle devra trouver des médecins qui ont déjà l'autorisation d'exercer dans la région ou qui peuvent être exemptés de ce plan.

- **Immobiliers et financiers :** La coopérative doit trouver un site ou un bâtiment répondant aux besoins de la coopérative, des médecins, et qui permettent d'y accommoder la cohabitation des différents projets tout en assurant la confidentialité et la sécurité des renseignements personnels. Ceci représente généralement un coût important et mobilise des quantités importantes de capital et de dépenses futures pour l'entretien.
- **Statut des membres professionnels.** Elle ne peut pas recruter les médecins en tant que membre travailleur ou producteur (seulement membre de soutien), car le Code des professions ne permet pas aux médecins de se constituer en coopérative à des fins professionnelles. Le principe de liberté d'association leur permet de se joindre à titre individuel, comme membre de soutien, pour appuyer la mission de l'organisation et participer à sa vie démocratique.
- **Éducation coopérative.** La coopérative doit éduquer les usagers au sujet des principes et du fonctionnement d'une coopérative. De plus, elle doit s'attendre à certaines réticences au sujet du paiement de la part de qualification et des cotisations annuelles (s'il y a lieu). Certaines personnes croient qu'ils doivent payer pour des services qui sont habituellement gratuits. La coopérative doit être claire sur le fait que les sommes recueillies servent à capitaliser la coopérative et à payer les infrastructures qui leur appartiennent, et non à rembourser le coût des soins.
- **Technologique et plateau technique médical.** Avec l'évolution des technologies de l'information et des pratiques médicales, la coopérative doit faire, dès son démarrage, des choix relativement aux technologies à adopter afin de faciliter sa propre administration et, mais aussi le travail des professionnels y pratiquant. Ces choix sont importants pour plusieurs raisons, notamment pour assurer la prise de rendez-vous et la gestion des plages de services, la gestion de l'information et les communications avec les membres, la gestion des dossiers médicaux en plus des différents équipements qui permettent la pratique efficiente de la médecine moderne.

CARACTÉRISTIQUES COMMUNES D'UN PROJET À SUCCÈS

Un projet de clinique de santé coopérative qui veut avoir du succès doit être enraciné dans sa communauté tout en sachant s'adapter à un environnement global complexe et en constante évolution. Les coopératives qui ont eu un certain succès ont en commun un certain nombre d'approches :

- Elles ont favorisé l'accessibilité aux services de santé de première ligne et d'autres soins en consultant leurs membres et la population et en leur permettant d'orienter les décisions ;
- Elles ont reconnu, respectés et cherché à renforcer l'universalité des soins de santé et la protection des acquis sociaux inhérents au système public ;
- Elles ont permis, par différents mécanismes de gouvernance, la participation active des usagers au développement et à la gestion des soins de santé dans leur collectivité ;
- Elles ont, pour la grande majorité, privilégié une pratique de la médecine basée sur la prévention et la promotion de la santé tout en assurant des services curatifs de qualité ;
- Elles ont travaillé en complémentarité avec les intervenants du réseau de la santé ;
- Elles ont démontré, dans le contexte de réorganisation et de sous-financement actuel des soins de santé au Québec, que les coopératives constituaient une alternative à la privatisation des services de santé ;
- Elles ont favorisé une approche globale de la santé qui implique le médical, le social et le communautaire ;
- Elles ont assuré une autonomie de gestion distincte des pouvoirs publics, mais axée sur la collaboration et l'entraide avec le réseau public ;
- Elles ont cherché à soutenir le gouvernement dans l'atteinte de ses objectifs et dans le respect de ses priorités, tout en défendant les besoins et les aspirations de leurs membres et de leur communauté.

LES FORCES DES COOPÉRATIVES DE SANTÉ PAR RAPPORT À D'AUTRES MODÈLES

- Elles offrent souvent des services et de soins de santé préventifs de proximité là où ils sont inexistants ou ont disparu ;
- Elles permettent souvent une meilleure rétention de professionnels dans les communautés ;
- Elles permettent de sensibiliser leurs membres à la prise en charge de leur santé globale et d'ainsi élargir ce champ d'action souvent non priorisé par l'état, faute de ressources ;
- Elle permet la mobilisation de la communauté et la démocratie décisionnelle autour d'enjeux sociosanitaires ;
- Elles permettent d'offrir des services de santé de proximité diversifiés et d'accueillir des collaborateurs et des organismes aux missions similaires ou complémentaires ;
- Elles assurent de par les lois et règlements coopératifs, l'intégration de normes éthiques favorisant l'absence de conflit d'intérêts et un fonctionnement sans but lucratif ;
- Elles favorisent, par les principes, la culture et les traditions coopératives une approche de collaboration et d'intercoopération entre les coopératives et les partenaires du milieu ;
- Elles permettent de partager le risque et le poids financier au sein de la collectivité.

SITUATION ACTUELLE DES COOPÉRATIVES DE SANTÉ AU QUÉBEC

En février 2018, la Fédération des coopératives de santé et de services à domicile du Québec a brossé un bilan de la situation des coopératives de santé au Québec[64]. De cette étude, il se dégage les constats globaux suivants :

> *Actuellement, on dénombre une cinquantaine de coopératives de santé au Québec, dont les trois quarts sont en activité, selon l'estimation de la Fédération. Elles couvrent 14 régions administratives, offrent les services de 200 médecins omnipraticiens, 50 infirmières, plusieurs dizaines de professionnels de la santé et rejoignent près d'un demi-million de citoyens.*
>
> *[…] les coopératives de santé […] font encore face à des enjeux majeurs tels que :*
>
> - *l'attrait et la fidélisation de personnel médical et de membres ;*
> - *le financement des opérations ;*
> - *le développement des services ;*
> - *la reconnaissance des milieux et des instances gouvernementales ;*
> - *la complémentarité avec les réseaux de santé locaux.*
>
> *La vision portée par le secteur répond aux critères de développement et de vitalisation des territoires, considérant que toute coopérative de santé se veut un levier de développement économique local. Bien que l'autonomisation financière des coopératives de santé soit un objectif visé, il demeure néanmoins que ces coopératives, appartenant aux individus et à leurs collectivités, doivent être soutenues par ces derniers.*

Par la suite, le rapport se penche sur des dimensions plus spécifiques. Tout d'abord, il y a la question de l'attrait et la fidélisation des membres et des effectifs médicaux :

> *Selon un portrait réalisé en 2016, notons que la répartition de la présence des médecins est très variable d'une coopérative à une autre. Elle varie de 0 à 10 pour le temps plein et de 0 à 15 pour le temps partiel. La moyenne du nombre de médecins à temps plein ou à temps partiel est de 2,3 par coopérative. À noter que certaines coopératives de santé ne comptent pas de médecins, mais qu'elles sont pratiquement toutes en démarche active de recrutement afin de faire écho aux besoins de leurs membres.*

64 Fédération des coopératives de santé et de services à domicile du Québec (2018) *Bilan santé 2017–2018 Coopératives de santé au Québec : Connues et reconnues du local au régional*, Québec, 28 p.

Nonobstant l'emploi de médecins ou autres ressources médicales, il faut également savoir que presque la moitié des coopératives de santé sont créées afin de reprendre le flambeau d'un cabinet médical allant fermer ses portes, et que l'autre moitié se dote de services inexistants dans leur milieu.

puis, celle du financement au démarrage et en opération des coopératives de santé :

Le financement au fonctionnement des coopératives de santé est principalement assuré par les contributions annuelles des membres utilisateurs. Cependant, le montant annuel par membre par coopérative varie beaucoup de l'une à l'autre.

Les cinq principaux postes de dépenses (salaires et charges sociales, amortissements, location, entretien et réparation et fournitures de bureau) ont augmenté plus rapidement que le chiffre d'affaires sur l'horizon de 4 ans, ce qui demande réflexion. Aussi, bien que le chiffre d'affaires moyen des coopératives de santé soit de plus de 300 000 $, il demeure un nombre important d'organisations en décroissance, à savoir 36 %. On constate conséquemment que l'esprit entrepreneurial ressort par la volonté de développement des dirigeants des coopératives de santé, mais que les résultats de consolidation financière tardent à venir.

La section suivante porte sur le développement de services :

La diversification peut être liée à une stratégie de valorisation des compétences dans les coopératives de santé. En effet, en se diversifiant, il est possible de démontrer sa capacité, en tant qu'organisation, à innover dans le souci d'avoir une offre de services aux membres bonifiée par rapport aux autres services locaux. En ce sens, les coopératives de santé ayant réussi à développer une offre de services viable l'on fait en synergie avec les services offerts dans leur localité et les besoins des membres.

[…]les rendements qu'apporte la diversification des services offerts par les coopératives sont l'augmentation et le renouvellement de l'adhésion et une consommation accrue des services offerts.

[…]quelques coopératives de santé ont entrepris de développer des dossiers de santé personnels (DSP) informatisés hors du réseau de la santé publique. Essentiellement, il s'agit d'un outil indépendant des grands promoteurs commerciaux, tels que Telus, pour le développement d'outils en santé numérique. L'objectif est que chaque citoyen puisse se constituer son propre carnet santé en y inscrivant ses commentaires, suivis d'ordonnances et autres. Par l'entremise de cet outil numérique, le patient peut plus facilement suivre son dossier et le partager au besoin avec un professionnel de la santé lors de consultations et de suivis médicaux.

La question de l'ancrage territorial des coopératives de santé du Québec, soit les liens avec le milieu ou est présent la coopérative se présente comme suis :

Le fait de pouvoir profiter de la proximité des services de santé de première ligne par rapport à leur lieu de résidence vient indéniablement ajouter une plus-value reconnue par l'ensemble des collectivités accueillant des coopératives de santé. À noter que selon le portrait 2012 des coopératives de santé du Québec, plus de 40 % des coopératives de santé ont pris la relève d'une clinique privée et l'équivalent pour la création d'un nouveau service.

[…]C'est dans ce contexte que la communauté peut développer un sentiment d'appartenance plus fort à son milieu. Il apparaît donc clair que ce phénomène s'inscrit dans une démarche de valorisation des services de proximité, notamment amené par les coopératives de santé et autres services coopératifs.

On aborde par la suite l'enjeu de la complémentarité de services avec les réseaux publics de santé locaux :

[…] le nombre de ressources étant limité par desserte de territoire, il s'avère ardu de recruter du personnel médical professionnel, et ce, même à temps partiel. Soulignons qu'encore aujourd'hui, plusieurs coopératives de santé n'ont pas d'entente de collaboration avec leur CISSS/CIUSSS.

[…] Par ailleurs, il importe d'examiner les importantes activités relatives à la promotion, la prévention et le traitement qu'effectuent les coopératives de santé afin de définir un projet clinique et organisationnel conforme à l'offre de services du territoire.

La coopérative de santé permet au médecin de se concentrer sur les consultations médicales, et d'alléger ses coûts administratifs et les responsabilités normalement associées à la pratique hors établissement.

La dernière section du rapport traite des défis et solutions, par et pour les coopératives de santé. Nous en reprenons quelques-unes :

La consultation réalisée en 2016–2017 auprès des coopératives de santé avait relevé, comme défis majeurs pour leur organisation, la problématique du recrutement de médecins à 68 % et la difficulté à maintenir les membres actuels actifs ou le recrutement de nouveaux membres à 28 %.

DIVERSIFICATION DES SERVICES

On constate que certaines coopératives de santé avaient peu de diversité dans leur offre de services, donc, peu de variété dans leurs types de revenus, ce qui pouvait occasionner certains problèmes lorsque ces services diminuaient ou disparaissaient.

Il y a aussi l'offre de services de prévention et promotion en santé, comme la promotion de saines habitudes de vie, la participation à des groupes d'activités physiques et à des conférences, etc., qui peuvent permettre aux coopératives de développer un avantage concurrentiel auprès de la population.

MEMBERSHIP

Plusieurs dirigeants de coopératives affirment : « Le membership est fragile. Il ne faut pas le tenir pour acquis ».

Une des solutions est de démontrer aux usagers que le fait d'être membre permet à ces derniers d'obtenir des privilèges que les non-membres n'ont pas, par exemple, des tarifs préférentiels sur des services offerts par d'autres professionnels de la santé situés dans les bureaux de la coopérative ou à l'extérieur, des rabais chez des commerçants locaux, ainsi que d'autres avantages distinctifs. Il faut aussi démontrer que les membres des coopératives de santé ont un rôle important à jouer au sein de leurs entreprises.

PROMOTION

Certaines coopératives sont peu ou mal connues, c'est-à-dire que les usagers potentiels ne connaissent pas bien l'envergure des services offerts.

Il ne faut donc pas hésiter à réaliser des activités de promotion des services de la coopérative auprès du grand public et des membres actuels. Il faut faire connaître les avantages d'être membre, ainsi que les avantages distinctifs versus les autres services présents dans les communautés ambiantes.

LOCALISATION

Certaines coopératives sont géographiquement mal situées (rue peu passante) ou sont localisées dans des locaux désuets, ce qui n'a rien pour attirer la clientèle. D'autres souhaiteraient se développer, mais manquent d'espace pour le faire.

ÉTATS FINANCIERS RÉELS

Certains dirigeants ont peu de connaissance au niveau de la compréhension des états financiers, ce qui peut occasionner des erreurs ou des retards dans la prise de décision.

[…] il ne faut pas minimiser l'importance d'analyser régulièrement les états financiers, idéalement à chaque mois, afin de prendre des décisions positives avant qu'il ne soit trop tard. Il faut analyser, entre autres, pour quelles raisons les revenus diminuent ou les dépenses augmentent.

Ce portrait de l'état actuel des coopératives de santé fait cependant l'impasse sur un enjeu majeur soit le «marché» des services de santé de première ligne. En effet, en excluant les CLSC, les coopératives de santé doivent composer avec la puissante force d'attraction auprès des médecins de cliniques propriétés de chaînes de pharmacies ou de grandes chaînes d'épicerie. Très peu d'information est accessible à ce sujet, mais depuis quelques années, on relève un phénomène de concentration dans ce secteur ce qui donne des moyens financiers considérables pour «attirer» vers ces cliniques des médecins. En voici quelques caractéristiques :

- Depuis 1987, McMahon Distributeur pharmaceutique possède la bannière des pharmacies Brunet au Québec[65] ;
- Principale bannière au Canada anglais, la chaîne *Shoppers drug mart* porte au Québec le nom de Pharmaprix. Ces bannières sont depuis 2013 propriétés du groupe alimentaire Loblaws[66] ;
- Principale chaîne de pharmacie au Québec, en 2018, le Groupe Pharmacie Jean Coutu (PJC) a été acquis par le groupe alimentaire Metro[67].

Situation pour le moins paradoxale, si de grandes chaînes de pharmacies ont pu se constituer, au Québec, il est légalement interdit à des citoyens de se regrouper en coopérative et de posséder une pharmacie !

Pour compléter ce portrait, il n'est donc pas étonnant de noter que les coopératives de santé ne sont pas vraiment reconnues dans les politiques publiques au Québec ou lorsqu'elles le sont, c'est à la marge ce qui impose beaucoup de pression à chaque organisation pour être reconnu dans son milieu et à la fédération les représentants.

65 https://www.brunet.ca/fr/a-propos/historique.html

66 https://www.ledevoir.com/economie/382979/loblaw-achete-shoppers-drug-mart-et-pharmaprix-pour-12-4-milliards

67 https://www.jeancoutu.com/corpo/a-propos/historique/

PERSPECTIVES D'AVENIR ET COLLABORATION POTENTIELLES ENTRE LA CORÉE ET LE QUÉBEC

C'est depuis 1989[68] que la Corée s'est dotée d'un système de santé universel mixte. En 2004, ce système a évolué vers un système entièrement étatique, à payeur unique, comme celui du Canada.

La première coopérative de santé en Corée a vu le jour en 1994, et c'est en 2003 qu'a été constitué l'union des coopératives médicales de Corée (Korean medical cooperatives Union). Suite à l'adoption en 2012 de la loi-cadre sur les coopératives cette dernière est devenue (2013) l'Association coréenne de coopératives sociale de santé et de bien-être (en anglais la *Korea Health Welfare Social Co-operatives Association* ci-après appelée la KHWSCA). En 2018, la KHWSCA comptait 22 coopératives régionales membres, regroupant plus de 41 000 membres affiliés. L'association est présentement en expansion avec la création de 8 nouvelles coopératives.

STRUCTURE DE LA KHWSCA

	Coopératives membres	Membres individuels	Capital ($ CAN)	Revenus ($ CAN)
2017	22	41 224	14 164 482 $	39 106 649 $

En 2018, 8 nouvelles coopératives étaient en démarrage.

Dans ses grandes lignes, le système de santé coréen est très apparenté au système canadien et québécois. Nos coopératives opèrent donc dans un cadre général similaire. Toutefois une revue du rapport d'activité de la KHWSCA démontre une cohésion beaucoup plus poussée dans le réseau coréen ainsi qu'une emphase beaucoup plus grande sur les activités de promotion et de prévention. Les valeurs et la vision du réseau coréen telle que définie par l'association sont :

- Opérer des institutions médicales qui sont gérées démocratiquement par ses membres ;
- Offrir des services médicaux de qualité sans distinction de genre, de revenu ou à l'égard de la condition de santé de la personne ;

68 Cho, Soo-Yeon (2007). *The origins and implementation of the national health insurance programs in Korea, 1961–1979*. University of Missouri - Columbia.

- Travailler à créer des communautés locales en santé, notamment :
  - En créant des communautés et des forums d'usagers pour discuter des enjeux reliés à la santé ;
  - En mettant l'emphase sur les activités de promotion et de prévention.

En comparaison au Québec on constate que les coopératives de santé coréennes appliquent une vision beaucoup plus holistique de la santé que la majorité de ses homologues québécoises. À l'instar des coopératives de santé japonaises, on note dans le rapport d'activité des dernières décennies qu'elles portent une attention particulière aux déterminants de la santé. À titre d'exemple des déterminants comme l'amélioration des conditions de logement, la qualité de vie des communautés, les liens sociaux font partie de leurs champs d'action tout comme la formation de leaders communautaires en santé, qui ont pour mandat d'animer des activités de promotion et de prévention.

Les coopératives coréennes mettent également l'emphase sur les services aux clientèles vulnérables, notamment les personnes âgées, les personnes à mobilité réduite, les personnes atteintes de maladies chroniques, etc. Elles agissent aussi à l'échelle communautaire en promouvant des activités de nettoyage et d'embellissement de quartier et en impliquant les citoyens dans le design de projets communautaires aptes à influencer positivement la santé de la communauté.

En 2007, suite à une mission de coopérative de santé canadienne au Japon[69], plusieurs coopératives de santé québécoises ont expérimenté certaines approches japonaises, notamment la coopérative Robert Cliche qui a expérimenté durant près de 7 ans le modèle des « groupes Hans »[70]. Dans ses premières années d'opération la coopérative de Santé d'Aylmer, aujourd'hui dissoute, avait été pionnière dans l'établissement de programmes de promotion et de prévention pour les clientèles vulnérables, notamment auprès des nouveaux arrivants. Mais comme ce rapport l'indique, malgré leur impact positif, l'absence de soutien de l'État au fonctionnement de ces programmes, ces expériences ont de la difficulté à s'inscrire dans la durée.

Malgré ces quelques différences, la Corée et le Québec partagent plusieurs points importants. Outre le fait qu'elles évoluent au sein de systèmes de santé semblables, leurs réseaux de coopérative sociosanitaires ont également un âge similaire (25-30 ans) et sont relativement comparables en termes de taille (30 coopératives actives en Corée contre une quarantaine au Québec).

Le vieillissement de la population coréenne et québécoise est également un défi partagé : avec une population de plus de 65 ans qui devrait constituer 25 % de sa population totale d'ici 2031. le Québec figure parmi les sociétés qui connaissent un vieillissement des plus rapides de sa population, juste après la Corée du Sud et le Japon. La préparation des communautés à faire face à ce phénomène partagé est certainement un axe de collaboration porteur, tout comme d'autres questions liées à l'innovation, la participation des citoyens dans la gestion des réseaux locaux de soins, ainsi que, plus largement, la contribution de l'ESS au renforcement des déterminants de la santé, comment mieux servir les populations vulnérables et à risque, ainsi le rôle accru des infirmières praticiennes spécialisées dans la prestation des soins de santé.

À une ère ou de nombreux acteurs du monde politique et des affaires tentent de promouvoir un rôle accru du privé dans le système de santé, les coopératives ont également comme point en commun d'offrir une alternative viable et cohérente avec les objectifs de l'État et les préoccupations de la société civile (y compris les syndicats). Dans les deux cas, les réseaux de Corée et du Québec ont milité à des degrés divers pour cette reconnaissance.

69 Organisée et dirigée par un des auteurs de l'actuel rapport.

70 Pour plus d'information sur l': Girard, Jean-Pierre et John Restakis (2008) « To life! Japan's model of co-operative health care & what it means for Canada », *Making waves*, Canada's community economic development magazine, volume 19, no 1, p. 5-8 http://communityrenewal.ca/sites/all/files/resource/MW190105.pdf

Finalement, sur le plan scientifique une collaboration pourrait s'établir entre universitaires et coops de santé des deux territoires pour documenter et étudier l'impact des activités de promotion et de prévention sur les indicateurs de santé, l'efficacité des modes de financement, etc. Cette collaboration pourrait inclure des activités de mesure en regard des objectifs de développement durable des Nations Unies (ODD) en Santé.

CONCLUSION

La santé représente des dépenses équivalentes à 10 % du PIB mondial. Elle a toujours été au cœur des préoccupations des populations, et ce partout sur la planète. Au Québec la santé représente le poste de dépense le plus important du gouvernement et demeure, élection après élection un enjeu clé pour les citoyens. Pourtant, contrairement à d'autres domaines, comme l'éducation, ou la participation citoyenne est encouragée et formalisée, le secteur de la santé au Québec a pratiquement évacué le citoyen des forums décisions, laissant libre cours aux lobbys biomédicaux et pharmaceutiques qui sont les principaux bénéficiaires des retombées financières des dépenses publiques en santé. L'émergence des coopératives de santé au Québec est en partie une réaction à ce phénomène et aux déséquilibres de services qui en ont résulté.

Le mouvement des coopératives de santé au Québec est particulier quand on le compare à d'autres réseaux qui se sont mis en place dans les 30 dernières années en ce sens qu'il s'est développé malgré l'absence de politiques publiques favorable à son apparition. En fait, comme le présent rapport l'illustre, il s'est en fait propagé malgré des barrières importantes qui freinent son développement. D'abord une réponse à des pénuries de services de première ligne, ces projets ont généralement dépassé le simple cadre des services de santé primaire pour s'inspirer des aspirations plus larges de la population et devenir de vrais laboratoires d'innovation sociale. En ce sens, il illustre clairement la force d'une société civile unie et mobilisée et de l'intelligence collective qui en résulte.

Au cours des dernières décennies, l'expérience des coopératives de santé au Québec a aussi mis en lumière l'importance des processus de transfert de connaissance et des mécanismes de changement d'échelle en économies sociale. En effet, dans plusieurs territoires, la propagation de ce modèle et son adaptation graduelle se sont intentionnellement et systématiquement effectuées par des processus de co-construction alimentés par des mécanismes de transferts de connaissances et d'innovations. Les CDR, notamment la CDR Outaouais–Laurentides a été pionnière dans cette approche qu'elle a appliquée à plus d'une douzaine de projets sur son territoire. Cet essaimage de projets a été un facteur clé du succès du modèle en permettant une réplication et une amélioration continue des piliers fondamentaux tout en assurant une nécessaire adaptation aux conditions locales.

Finalement nous constatons que les similitudes entre la Corée et le Québec au niveau des défis de santé publique et de leur réseau de coopératives de santé sont remarquables et méritent qu'on y porte une attention particulière. Dans l'intérêt de nos populations, de nos gouvernements des différentes parties prenantes de nos réseaux de la santé, nous espérons que ce rapport permettra d'inspirer des collaborations entre le Québec et la Corée dans ce domaine et ouvrira la porte a une longue et fructueuse collaboration, comme c'est le cas dans d'autres sous-secteurs de l'économie sociale.

RÉFÉRENCES

BIBLIOGRAPHIE

Brassard, Marie-Joëlle, « Portrait des coopératives de santé au Québec : des pouvoirs à partager », ARUC-DTC, Série recherche, vol 11. octobre 2012

CDROL, février 2011, « Étude de préfaisabilité, Implantation d'une coopérative de soins de santé à Buckingham » 104 p.

CDROL, octobre 2013, « Étude de préfaisabilité, Implantation d'une coopérative de soins de santé dans le Nord de la Petite-Nation » 102 p.

Fédération des coopératives de services à domicile et de santé du Québec (FCSDSQ), (février 2018), « BILAN SANTÉ 2017-2018 Coopératives de santé au Québec : Connues et reconnues du local au régional », 28 p.

Girard, Jean-Pierre et Isabelle Garon (2000), « Les coopératives dans le domaine sociosanitaire au Québec : portrait de la situation », *cahier de recherche*, Chaire de coopération Guy-Bernier (UQAM) et Direction des coopératives, ministère de l'Industrie et du Commerce, Gouvernement du Québec, 43 p.

Girard, Jean-Pierre (2006), *Notre système de santé autrement : L'engagement citoyen par les coopératives*, Montréal, Fides, 211 p.

Girard, Jean-Pierre (Eds) (2014), *Better Health & Social Care How are Co-ops & Mutuals Boosting Innovation & Access Worlwide? An International survey of co-ops and mutual at work in the health and social care sector (CMHSC 14)*, Montréal, LPS Productions, 271 p.
http://productionslps.com/wp-content/uploads/2014/10/International-survey-co_op-and-mutual-Health-and-social-care-CMHSC-14.pdf

Girard, Jean-Pierre (dir.) (2016), « Health Promotion Preliminary Research Report, Looking back moving Forward », 6th Global Forum on Health Promotion, Charlottetown, 49 p.
http://productionslps.com/wp-content/uploads/2016/10/PEI-Forum-Report-En-final.pdf

International Health Cooperative Organisation and European Research Institute on Cooperative and Social Enterprise (2018), *Cooperative Health report, assesing the worldwide contribution of cooperatives to health care 2018*, 248 p.
https://previewihco.files.wordpress.com/2018/03/cooperative-health-report-2018.pdf

Jetté, Christian et Yves Vaillancourt (avec la collaboration de Philippe Leclerc) (2009), « L'économie sociale et les services de soutien à domicile au Québec : coproduction ou coconstruction ? », *Cahier de recherche du LAREPPS,* no 09-07, 20 p.

SITES INTERNET

https://www.ledevoir.com/societe/sante/457106/une-clinique-sans-medecin-et-sans-infirmiere

http://www.fiqsante.qc.ca/2016/11/07/cooperative-de-sante-du-nord-de-la-petite-nation-des-donnees-qui-pa/

http://www.coopsantebasselievre.ca/

https://coopsantepetitenation.com/

http://fcsdsq.coop/

c.i.t.i.e.s.

TRANSFERT D'INNOVATIONS
ET DE CONNAISSANCES EN
ÉCONOMIE SOCIALE ET SOLIDAIRE

1431, rue Fullum, bureau 205
Montréal, Québec, Canada, H2K 0B5

www.cities-ess.org

ISBN 978-2-925000-00-6