

Les coopératives de santé au Québec : *Du consommateur à l'acteur !*

Par :

Marie-Joëlle BRASSARD
Directrice de la recherche et du développement
Conseil québécois de la coopération et de la mutualité

Patrice LeBLANC
Directeur de la Chaire Desjardins en développement des petites
collectivités
Professeur chercheur, Université du Québec en Abitibi-
Témiscamingue

Olivier ÉTIENNE
Doctorant en santé publique, Université Laval
Chargé de projet, Fédération des coopératives de services à
domicile et de santé du Québec

Cahiers de l'ARUC-DTC

Série «Recherche», numéro 5

Octobre 2009



ARUC
DÉVELOPPEMENT
TERRITORIAL
ET COOPÉRATION

L'Alliance de recherche université-communautés – Développement territorial et coopération est le résultat d'une association entre le Centre de recherche sur le développement territorial (CRDT) basé à l'UQAR (regroupant aussi l'UQO, l'UQAC et l'UQAT) et le Conseil québécois de la coopération et de la mutualité (CQCM), le Réseau des SADC du Québec, l'Association des CLD du Québec et la Fédération québécoise des municipalités (FQM), l'Université de Moncton, l'Université Laval et l'IRECUS. Cette alliance de recherche est rendue possible grâce à l'appui financier du Conseil de recherches en sciences humaines du Canada.

Les propos tenus dans cet ouvrage n'engagent que la responsabilité des auteurs.

Distribution :

ARUC-Développement territorial et coopération

Adresse : 300, allée des Ursulines

C.P. 3300, succ. A, local G-310

Rimouski (Québec) G5L 3A1

Téléphone : (418) 723-1986 poste 1247

Courriel : aruc-dtc@uqar.ca

Site Internet : <http://aruc-dtc.uqar.qc.ca/>

ISBN : 978-2-923711-16-4 (version imprimée)

ISBN : 978-2-923711-17-1 (pdf)

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2009

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives Canada, 2009

Tous droits réservés © 2009

ARUC-Développement territorial et coopération

ARUC-Innovations sociales et développement des communautés

Chaire de recherche en développement des collectivités (CRDC)

Vous pouvez également télécharger ce document sur le site Internet de l'ARUC-DTC : <http://aruc-dtc.uqar.qc.ca/>

Ce document doit être cité comme suit :

Brassard M.J., LeBlanc P. et O. Etienne (2009),. *Les coopératives de santé au Québec : du consommateur à l'acteur !* Cahiers de l'ARUC – Développement territorial et coopération, Série «Recherche» numéro 5, 46 pages.

Table des matières

FAITS SAILLANTS	5
REMERCIEMENTS	7
INTRODUCTION.....	8
PARTIE 1.....	9
MISE EN CONTEXTE ET DÉFINITIONS.....	9
La pénurie de médecins : un phénomène multifactoriel	10
Objectif de l'enquête.....	11
DÉFINITIONS	11
La santé.....	11
Les déterminants sociaux de la santé,	12
Ce qui dépend de nous!.....	12
Les services de première ligne	12
Une clinique coopérative de santé	13
Le fonctionnement d'une coopérative de santé.....	14
Cadre réglementaire de la santé au Canada.....	14
L'orientation du Québec en matière de santé.....	15
PARTIE 2.....	16
PORTRAIT DES COOPÉRATIVES DE SANTÉ AU QUÉBEC.....	16
Pourquoi une coopérative de santé?	17
Un modèle innovant de démocratie à la fois participative et représentative	17
Les membres des coopératives de santé et la proximité du service	18
Le portrait du médecin dans une coopérative de santé	19
Portrait des infirmières dans les coopératives de santé	20
Des ressources facilitatrices.....	21
Portrait financier des coopératives de santé.....	21
PARTIE 3.....	22
LES PLUS-VALUES DES COOPÉRATIVES DE SANTÉ	22
L'accessibilité aux services de santé ?.....	22
Un déficit de médecins proportionnel à la création de coopératives de santé	25

La réponse aux besoins et autres services.....	29
La participation citoyenne : une plus-value pour le système de santé	29
Une approche globale et citoyenne.....	30
UN ENJEU : L'INTÉGRATION AU SYSTÈME DE SANTÉ.....	32
Des relations émergentes et fragiles avec le système de santé	32
CONCLUSION, UNE TRANSFORMATION SOCIALE EN PROFONDEUR.....	33
Annexe 1 : Méthodologie	35
Annexe 2 : Questionnaire	38

Table des figures

Figure 1 : Origine du service	17
Figure 2 : Provenance des leaders et promoteurs	18
Figure 3 : Bassin de population couvert par la coop	18
Figure 4 : Distance entre un centre urbain et une coopérative	19
Figure 5 : Sources de financement des coops	21
Figure 6 : Catégories de coopérative	30
Figure 7 : Activités soutenues par les bénévoles	30
Figure 8 : Avantages d'être membre d'une coop santé	31
Figure 9 : Défis des coops santé	32
Figure 10 : Services à développer, moyen terme	32
Carte 1 : Localisation des coopératives de santé au Québec	24
Tableau 1 : Répartition des coopératives de santé au Québec par région administrative	25
Tableau 2 : Répartition territoriale des médecins de médecine familiale en regard de la population par région administrative.....	27
Tableau 3 : Répartition des médecins, hypothèse ajustées à la moyenne canadienne, par région administrative et répartition territoriale des coopératives de santé au Québec.....	28
Tableau 4 : Services offerts par la coopérative de santé (%).....	29

FAITS SAILLANTS

- L'enquête remet en cause l'idée reçue voulant que les coopératives desservent surtout des bassins restreints de population. Cinquante pour cent d'entre elles desservent plus de 15 000 habitants, et 20 % plus de 25 000 habitants.
- Les coopératives de santé sont localisées dans les régions où le déficit d'effectifs médicaux est plus important. Le déficit de médecins joue en faveur de la création de coopératives de santé.
- Le modèle de coopérative de santé correspond au profil du médecin de demain tel qu'observé par le Dr Yves Lamontagne, pdg du Collège des médecins, dans son rapport sur les effectifs médicaux 2006-2007.
- Des indices laissent croire à une stabilité des médecins à poursuivre leurs activités dans leur coopérative de santé. Cinquante pour cent des médecins demeurent dans la même localité que la coopérative, et les deux tiers ont conclu une entente contractuelle avec elle.
- La moitié des coopératives de santé sont localisées dans quatre régions : Centre-du-Québec, Chaudière-Appalaches, Outaouais et Montérégie. Ce sont aussi des régions où le déficit de médecins de famille est plus élevé, tant en comparaison entre les régions du Québec, qu'en relation avec la moyenne canadienne.
- 83 % des coopératives vivent une relation positive avec leur municipalité. Cette relation ne se substitue cependant pas à l'entreprisariat collectif de la coopérative.
- Dans la coopérative de santé, le modèle de démocratie participative propre à la coopérative coexiste avec celui de la démocratie représentative propre aux municipalités.
- La complémentarité, le bon usage et le respect des expertises des leaders locaux – principalement aux niveaux municipal, financier (caisses populaires) et de la santé – favorise la mise en place et le maintien de la coopérative.
- Plus de la moitié des coopératives enquêtées (54,5 %) sont localisées à moins de 15 km d'une agglomération urbaine.
- L'éloignement géographique n'expliquerait pas la présence d'une coopérative de santé, le service de santé étant plutôt jugé comme une nécessité.
- Contrairement aux idées reçues, la plus-value d'une coopérative de santé consiste d'abord à maintenir la cohésion de la communauté.
- La moitié des coopératives répondantes ont assumé un coût de démarrage variant de 50 000 \$ à 250 000 \$, alors que pour le cinquième (20 %) d'entre elles, ce coût dépassait 500 000 \$.

- Le financement, au moment du démarrage, est plus facilement accessible que pour le maintien des opérations.
- Les trois quarts des coopératives de santé tirent leur principale source de financement, au démarrage comme aux opérations, des cotisations des membres. Ces cotisations sont jugées essentielles pour maintenir les infrastructures en place.
- Le monde municipal (municipalités et MRC) et les caisses populaires contribuent au démarrage de la coopérative pour la moitié d'entre elles. Suivent les dons privés et, en quatrième lieu, les Centres locaux de développement.
- Seules les municipalités maintiennent leur contribution financière entre le démarrage et le stade des opérations de la coopérative.
- La Coopérative de développement régional (CDR) joue un rôle majeur de transfert d'expertise dans un territoire donné. Le Centre-du-Québec et la Mauricie sont un « laboratoire » d'expérimentations novatrices ayant donné le ton aux autres territoires.
- La plus-value plus importante de la présence de la coopérative de santé est qu'elle permet de maintenir la cohésion de la communauté en freinant l'exode des membres de cette même communauté vers une agglomération.
- L'engagement des leaders membres dans la coopérative de santé constitue un apprentissage enchâssé dans les réalités locales, potentiellement transférable dans d'autres projets de la vie de la communauté. En ce sens, le projet répond doublement à l'objectif visant le maintien de la communauté.
- 95,7 %, des coopératives interrogées disent porter une philosophie centrée sur une approche globale et citoyenne de la santé. Paradoxalement, leurs préoccupations centrales portent principalement sur la diversification de services non couverts par la RAMQ, et sont centrées sur la recherche de financement.
- Sept coopératives ont signifié avoir une relation moyenne à mauvaise avec leur CSSS. Les coopératives n'ont pas d'entente avec leur CSSS dans une proportion de 66,7 %.
- Pour que les coopératives puissent être un vecteur de transformation en profondeur et profiter à l'ensemble de la société, des conditions doivent être mises en place qui sont aussi des enjeux d'avenir pour les coopératives. Ces enjeux dépassent la seule plus-value à court terme que constitue l'accessibilité du service.

REMERCIEMENTS

La présente enquête a été possible grâce à la participation soutenue de certains *artisans de l'ombre*. Il a fallu que quelques personnes donnent un signal sur l'importance et la nécessité de documenter les coopératives de santé. Conséquemment, il fut proposé qu'un portrait nous éclairant sur les coopératives de santé soit réalisé. Notre premier remerciement va donc à monsieur Michel Clément, du ministère du Développement économique, de l'Innovation et de l'Exportation, qui a relevé l'intérêt d'amorcer cette recherche et qui s'est impliqué dans le comité de travail. Se sont ajoutés à ce comité, en plus des chercheurs, monsieur Benoît Caron, directeur général de la Fédération des coopératives de services à domicile et de santé du Québec (FCSDS) et madame Marie-Paule Robichaud, chargée de projet au Conseil québécois de la coopération et de la mutualité (CQCM). Nous les remercions sincèrement pour leur engagement. Nous soulignons également le soutien technique prodigué par madame Ann Gervais, professionnelle de recherche à la Chaire Desjardins en développement des petites collectivités (UQAT), qui a fait la saisie et la première analyse des données.

L'enquête a requis également un soutien financier en provenance du MDEIE, du CQCM ainsi que de l'Alliance de recherche Développement territorial et coopération. Les chercheurs remercient les organisations qui ont soutenu cet effort de recherche.

INTRODUCTION

Connaître l'évolution des coopératives de santé était devenu incontournable. Car pour nous diriger vers la bonne direction, nous devons nous appuyer sur des fondements réels, et non sur des suppositions erronées. Les coopératives de santé sont donc sous la loupe des chercheurs. La première coopérative de santé naissait en 1996, et treize ans plus tard, elles sont plus de 40. Ce n'est pas un phénomène isolé. Elles sont maintenant partie prenante du paysage québécois dans le domaine de la santé. Les coopératives de santé ont été créées sans le recours de l'État. De fait, les communautés locales qui ont été les premières à décider de les mettre en place. Ce nouveau modèle découle donc totalement de l'initiative des ressources humaines dans les communautés. La présente enquête contient une masse importante de données. Le choix de ces données devait être stratégique et utile pour soutenir la réflexion sur l'avenir des coopératives de santé, mais plus encore, pour l'avenir des communautés. Nous verrons que les résultats détruisent plusieurs mythes ou idées préconçues à ce jour.

Dans la première partie, nous présenterons le contexte d'émergence qui prévalait au moment où naissent les premières coopératives de santé. Nous poserons ensuite les objectifs de l'enquête et définirons quelques termes dont nous ferons usage.

En seconde partie, nous dresserons le portrait des coopératives de santé en abordant plusieurs dimensions, notamment celle sur la proximité au territoire, le membership, le profil des médecins et du personnel de santé, certains éléments financiers, etc.

La troisième partie porte finalement sur la plus-value des coopératives de santé. Nous soulignerons d'abord celle qui porte sur la proximité du service de santé pour en assurer l'accessibilité aux citoyens. Est-elle réellement réalisée ? Nous relèverons ensuite les avantages de la présence des coopératives de santé, avantages peu soulevés dans les discours courants. Ces avantages visibles seulement à moyen et long termes nous obligent à relever les enjeux réels des coopératives de santé pour qu'elles soient une contribution positive à la société québécoise.

Il ressort de cette enquête que les coopératives de santé pourront jouer un rôle majeur de transformation sociale à moyen et long termes dans la mesure où l'arrimage au réseau de la santé est possible, tout en préservant leur autonomie sur les plans de leur gouvernance et de leur propriété collective.

Une méthodologie rigoureuse a été respectée pour réaliser cette enquête auprès des coopératives de santé au Québec. Des acteurs pertinents ont été sollicités pour accompagner la démarche et un questionnaire détaillé a été testé avant d'être transmis. Des rappels téléphoniques ont été faits auprès des répondants pour vérifier le sens des réponses données, et finalement la cueillette comme le traitement des données ont fait l'objet d'un soutien informatique éprouvé. Nous invitons la lectrice et le lecteur à prendre connaissance de la méthodologie empruntée à l'annexe 1, ainsi que du questionnaire à l'annexe 2.

PARTIE 1

MISE EN CONTEXTE ET DÉFINITIONS

L'institutionnalisation des services de santé par l'État québécois au début des années 1970 constituait un progrès de société majeur. Un régime universel et public de santé, notamment l'assurance-hospitalisation (1964) et l'assurance-maladie (1970) devenait effectif¹. Ensuite, les services de santé et les services sociaux étaient intégrés au sein d'une même administration. Les principes fondamentaux en sont l'universalité, l'équité et l'administration publique. Le système de santé québécois est public, ce qui signifie que l'État agit comme principal assureur et administrateur, et que le financement est assuré par la fiscalité générale. Ceci permet de garantir l'accessibilité aux soins, peu importe le niveau de revenu du patient. Un aspect important de cette nouvelle administration était le versement des honoraires, par l'État, aux professionnels de la santé pour les services rendus, et le remboursement d'une partie du coût des médicaments prescrits. Ainsi, les médecins étaient rémunérés par la Régie de l'assurance-maladie du Québec. Le modèle préconisé pour répondre aux besoins dits de *première ligne*, cette dernière étant définie comme la porte d'entrée pour le patient, fut celui des cabinets privés de médecine familiale. Ce sont des cliniques détenues par des médecins associés pour partager les frais inhérents au fonctionnement et aux opérations. Ce modèle a bien servi la population jusqu'au début des années 1980. Les cabinets privés furent cependant remis en question, leur nombre diminuant de près du tiers entre 2000 et 2005, passant de 1 250 à 840. Cette baisse fut d'abord attribuée au phénomène de la pénurie de médecins, ces derniers n'étant plus suffisamment nombreux pour assurer la viabilité financière d'un cabinet de médecine familiale. Mais au-delà de cette explication, la situation est beaucoup plus complexe qu'elle paraît. Il serait simpliste d'attribuer la baisse des cliniques médicales uniquement à la réduction des effectifs médicaux. Plusieurs facteurs croisés expliquent cette pénurie et la diminution du nombre de cliniques familiales. D'une part, les médecins, qui sont aussi des citoyens de leur époque, remettent en cause ce mode de fonctionnement, qui les contraint à des tâches sans relation directe avec leur pratique médicale, soit l'administration des affaires de la clinique et celles des programmes, l'entretien de la bâtisse, la gestion du personnel, les relations avec les instances de la santé, etc.

¹ En 1966, en pleine Révolution tranquille, le gouvernement de Jean Lesage donne à Claude Castonguay le mandat de présider la Commission d'enquête Castonguay-Nepveu, sur la santé et les services sociaux le gouvernement de Daniel Johnson (de l'Union nationale). Dans le rapport qu'il rédige en collaboration avec Gérard Nepveu, il recommande l'instauration d'une nouvelle politique d'assurance maladie, un nouveau réseau de santé ainsi qu'un nouveau réseau de cliniques de services sociaux (aujourd'hui connues sous le nom de CLSC). Le but était de fournir un meilleur accès aux soins de santé et aux Le 10 juillet 1970, les députés de l'Assemblée nationale adoptent le projet de loi sur l'assurance maladie déposé par le gouvernement Bourassa, par un vote de 50 contre 18. La loi assure la gratuité des soins de santé à toute la population.

La pénurie de médecins : un phénomène multifactoriel

Le Collège des médecins, dans un rapport produit par son président directeur général, Yves Lamontagne, a bien documenté cette nouvelle réalité. Selon ce document produit en 2007, la pénurie ne relève pas uniquement de l'insuffisance du nombre de médecins en place et en formation. Au contraire, le docteur Lamontagne constate une hausse de médecins, en dix ans, de l'ordre de 1 060 chez les omnipraticiens (médecins de famille)². De plus, les admissions en faculté de médecine sont passées de 476 en 1999 à 798 en 2006. Pourquoi alors la pénurie de médecins persiste-t-elle? En voici certains facteurs;

- Une volonté des médecins d'accroître leur qualité de vie (baisse du nombre d'heures de travail par semaine);
- La tendance observée à la féminisation de la profession, les femmes assumant toujours une responsabilité familiale plus importante en plus de leur profession, phénomène qui perdure malgré les avancées sociétales;
- L'ajout de médecins dans d'autres secteurs (par exemple en enseignement et recherche ou dans l'administration);
- Une tendance (malheureuse) à la pratique de la médecine à l'extérieur du Québec, 800 d'entre eux exerçant hors de la province depuis 2002;
- L'âge moyen élevé des médecins préfigure une persistance de la pénurie. L'âge moyen des omnipraticiens est de 49,6 ans (hommes et femmes), les femmes étant plus jeunes (61 % de femmes ayant moins de 40 ans). Sur un total de 9 351 omnipraticiens (2006), on compte 2 837 médecins de 55 ans et plus, soit 30% de l'ensemble. Finalement, 896 d'entre eux ont plus de 65 ans et pratiquent toujours, soit près de 10 % du total.

Ces constats permettent d'affirmer que la pénurie de médecins de famille ne se résorbera pas à court et moyen termes.

L'État québécois, de son côté, est sous pression avec un budget de santé représentant près de la moitié des dépenses publiques. Parallèlement, la démographie, la croissance des besoins en santé, l'engorgement du système de santé et la problématique de l'accessibilité des services sur tout le territoire, de même que le suivi médical sont des éléments qui tracent le portrait actuel. En réponse à ce contexte, l'État lançait en 2003 un *Programme national de santé publique 2003-2012* qui planche sur une décentralisation des services de santé au niveau régional, avec les CSSS et les Agences régionales. Le cap est mis sur l'intégration des services d'un même territoire, en mobilisant les différentes ressources communautaires en santé en vue d'en faciliter l'accès et d'établir des liens entre les différents secteurs.

Plusieurs communautés se sont mises en mode « solution » pour se doter d'un service de santé de proximité. Les citoyens mobilisés veulent d'abord maintenir l'accès à un service de santé de première ligne. L'enquête nous informera sur les intentions des leaders et des

²Collège des médecins du Québec; Dr Lamontagne, Yves, *Rapport sur les effectifs médicaux 2006-2007*, 2007.

citoyens mobilisés. Entre 1996 et 2009, près de 40 coopératives de santé étaient créées; une alternative pour répondre aux besoins maintes fois formulés des citoyens pour créer ou maintenir un service de santé de première ligne. Le modèle choisi, soit la coopérative, assure aux membres la propriété collective et le contrôle local de la gouvernance et, donc, des orientations. Les citoyens membres sont ainsi assurés que les décisions seront prises en harmonie avec les réalités vécues.

La présente enquête vise à documenter les coopératives pour obtenir un portrait plus juste de leur situation.

Objectif de l'enquête

L'objectif premier de cette enquête est de dresser un portrait détaillé des coopératives de santé présentes au Québec afin d'en déterminer les principales caractéristiques, tout en en faisant ressortir les similitudes et les différences. Par ailleurs, nous savons que la volonté première des acteurs locaux qui mettent en place une coopérative de santé est d'améliorer l'accessibilité des services de médecine familiale de première ligne. **Il s'agit pour eux de se doter d'un service de proximité qui permet de rapprocher le service de santé des citoyens.** L'enquête cherchait donc aussi à savoir si la présence des coopératives de santé permet effectivement aux collectivités de rapprocher le service pour faciliter cette accessibilité à un médecin.

DÉFINITIONS

Il est essentiel de préciser certaines notions utilisées couramment dans cette enquête. Nous verrons d'abord ce qu'est la santé dans une société, et quels en sont les déterminants sociaux. Nous définirons ensuite ce que l'on entend par « services de première ligne », puisque les coopératives de santé en font partie, et préciserons ce qu'est une coopérative de santé. Nous terminerons par quelques informations essentielles mais très sommaires sur les cadres réglementaires au Québec et au Canada relativement à la santé.

La santé

L'Organisation mondiale de la santé (OMS), qui est l'institution de l'ONU spécialisée dans la santé, proposait une définition de la santé dès 1946. Cette définition très large se lit comme étant un « *état de complet bien-être physique, mental et social et ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». Les besoins affectifs, sanitaires, nutritionnels, sociaux ou culturels sont alors satisfaits. Cette définition, prise dans son sens strict, limite grandement le nombre de personnes qui sont en bonne santé. Il faut plutôt l'envisager dans le sens où la santé n'est pas un but en soi dans la vie, mais une ressource, **un moyen pour réaliser ses ambitions, s'adapter dans la société, être autonome.** La santé suppose donc une capacité d'agir.

Les déterminants sociaux de la santé,

Certaines conditions déterminent l'état de santé. La Commission des déterminants sociaux de la santé, créée par l'OMS en mars 2005, définit ces derniers comme *les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie*. Plusieurs déterminants peuvent ainsi être relevés : la disponibilité d'espaces verts, le sentiment d'être en sécurité, l'existence de moyens de transport, un logement salubre, un environnement de travail sain, la présence de réseaux de soutien, l'appartenance à une communauté d'appui, à des services de soutien à la famille, un niveau de revenu décent, un emploi valorisant, etc. D'autres déterminants se rapportent à l'individu, comme par exemple la pratique régulière d'exercice physique, la saine alimentation, etc.

Ce qui dépend de nous!

Dans sa Déclaration de Jakarta en 1997³, l'OMS précisait que « *les citoyens doivent être au centre des actions visant la promotion de la santé et du processus décisionnel pour les réaliser* ». Autrement dit, être en santé suppose aussi une implication et un engagement de la personne, le pouvoir de décider et de transformer une réalité jugée insatisfaisante ou nuisible. **Or, l'accessibilité à un service de santé en agissant sur la proximité du service de première ligne est jugée essentielle pour des communautés.** La forte mobilisation que la création des coopératives de santé suscite le démontre. Une coopérative de santé repose sur la participation des citoyens. Ceux-ci agissent alors pour transformer une réalité qui semblait inéluctable, voire même une fatalité.

Par l'action collective, les citoyens réunis en coopérative se dotent d'un levier pour appliquer une gouvernance locale. Cette prise sur la vie par l'entrepreneuriat collectif constitue aussi un projet qui renferme un savoir-faire également collectif. Est-il pensable alors que la construction de ce projet collectif puisse être à la base de projets dans d'autres domaines de la vie?

Les services de première ligne

Une définition des services de santé « primaires » ou de « première ligne » était adoptée en 1978 par l'OMS lors de la Conférence d'Alma-Ata. Cette définition est également reprise par le Conseil de la santé et du bien-être du Québec.

Les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la

³La quatrième Conférence internationale sur la promotion de la santé de Jakarta est la première à s'être déroulée dans un pays en développement et à avoir associé le secteur privé à la promotion de la santé. Elle a été l'occasion de réfléchir sur ce que l'on a appris de l'efficacité de la promotion de la

communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'autoresponsabilité et d'autodétermination. Ils font partie intégrante tant du système de santé national, dont ils sont la cheville ouvrière et le foyer principal, que du développement économique et social d'ensemble de la communauté. Ils sont le premier niveau de contacts des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire.⁴ (souligné par nous).

C'est à dessein que nous soulignons les dimensions de responsabilisation, d'autodétermination et d'accessibilité qui sont les fondements des coopératives de santé. À ces caractéristiques, jugées centrales, nous ajoutons un élément se dégageant de la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada (2002) qui, traitant des soins de santé primaire, affirmait l'importance de certains éléments de la mise en place d'une première ligne, notamment :

La prise de décision est décentralisée. Elle est confiée aux organisations de base de la communauté. L'objectif est de veiller à ce que les services soient adaptés aux besoins et aux caractéristiques de la population desservie et à ce que les collectivités se mobilisent autour d'objectifs en matière de santé qui ont des répercussions directes à leur échelle.⁵

Partant de ces énoncés, les services de première ligne, ou dits primaires, sont près du citoyen, font l'objet d'une gouvernance décentralisée donc qui implique les citoyens, favorisent la responsabilisation en regard de la santé individuelle et collective et, nous y reviendrons plus loin, s'intègrent à l'ensemble du système de santé en place. Le passage du désir de participation citoyenne à celui de la propriété collective, qui garantit la gouvernance locale décentralisée, nous conduit à la coopérative de santé, car elle est un pas de plus en avant.

Une clinique coopérative de santé

La coopérative de santé appartient à la collectivité. À titre d'entreprise, elle est possédée par les citoyens-membres de la communauté, lesquels gèrent et administrent les affaires de la clinique de santé. L'objectif avoué est d'abord de se doter d'un service de santé de proximité.

La Fédération des coopératives de services à domicile et de santé du Québec définit bien la coopérative de santé en l'abordant par les bienfaits sur la santé, tant individuellement que collectivement;

santé, de réexaminer les déterminants de la santé et de définir les orientations et les stratégies à adopter pour relever les défis de la promotion de la santé au XXI^e siècle.

⁴ Québec, Conseil de la santé et du bien-être (2003), Avis, *L'organisation locale et la régionalisation des services de santé et des services sociaux*, pages 25 et 26.

⁵ Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada (2002), *Guidé par nos valeurs. L'avenir des soins de santé au Canada*, Ottawa, La Commission.

Une entreprise collective qui produit des services pour promouvoir, maintenir et améliorer l'état de santé et les conditions de vie des communautés tout en impliquant ses membres à l'organisation des services sur une base décisionnelle. Ces derniers définissent et gèrent les services et les investissements de la coopérative en fonction de leurs besoins. Cette gestion démocratique assure l'arrimage entre les besoins locaux et les services offerts.⁶

D'autre part, la Fédération des coopératives de services à domicile et de santé précise que la mission d'une coopérative de santé est de *rendre accessibles des services de première ligne pour répondre aux besoins de santé d'une communauté et de faire la promotion d'une prise en charge globale et préventive de la santé.*

Retenons l'importance donnée à l'état de santé pris dans un sens très large, ensuite l'implication des membres tendant vers une responsabilisation et, finalement, le fait que les décisions émanant du milieu, assurent une réponse juste aux besoins.

Le fonctionnement d'une coopérative de santé

Tous les membres de la coopérative, quelque soit le secteur d'activités, sont des usagers, c'est-à-dire qu'ils s'engagent à faire usage de leur coopérative de santé et à respecter la Loi sur les coopératives et les règlements qu'ils ont eux-mêmes adoptés. Il existe par ailleurs plusieurs catégories de coopératives (de consommateurs, de travailleurs, de producteurs et la dernière, créée en 1997, la coopérative de solidarité). Cette dernière catégorie permet d'inclure au moins deux catégories de membres à la fois, dont celui de membre de soutien. Dans la coopérative, le citoyen paie une part de qualification pour être reçu membre. La cotisation annuelle est décidée collectivement.

Les coopératives de santé sont généralement des coopératives de solidarité. Les médecins sont, quant à eux, dans ce type d'organisation, toujours rémunérés par la RAMQ. D'autres professionnels de la santé peuvent s'ajouter : physiothérapeute, massothérapeute, psychologue, etc. En plus de l'apport financier issu des cotisations annuelles des membres, la viabilité financière de la coopérative est assurée par des revenus provenant des frais s'appliquant aux services non couverts par la RAMQ, qu'ils soient médicaux ou administratifs. La coopérative assure les responsabilités entrepreneuriales liées à la gestion courante d'un cabinet médical de famille, soit la gestion de la bâtisse, la gestion du personnel, l'accueil, le suivi de certains programmes, les relations externes tant auprès du réseau de la santé que des autres organismes communautaires, etc.

Cadre réglementaire de la santé au Canada

C'est la Loi canadienne sur la santé qui régit l'assurance santé au Canada, alors que la gestion du système de santé est mandatée aux provinces. Le Québec applique le cadre réglementaire et dispose de latitude dans le processus de mise en œuvre.

⁶ www.fcsdsq.coop

L'objectif principal de la politique canadienne des soins de santé consiste à « protéger, promouvoir et à rétablir le bien-être physique et mental des résidants du Canada et à leur donner, dans des conditions raisonnables, **accès aux services de santé** assurés sans que des obstacles financiers ou d'un autre ordre s'y opposent.»⁷

Les services assurés sont : les services hospitaliers, médicaux, de chirurgie dentaire, médicalement nécessaires. En vertu de cette loi, les provinces et territoires doivent satisfaire à **cinq conditions d'octroi** afin d'avoir droit au versement intégral de la contribution pécuniaire du gouvernement fédéral, qui sont les suivantes :

1. Gestion publique. Le régime d'assurance santé doit être sans but lucratif et relever du gouvernement provincial.
2. Intégralité. Le régime doit couvrir tous les services de santé assurés fournis par les hôpitaux, les médecins ou les dentistes (services de chirurgie dentaire assurés dans un hôpital).
3. Universalité. Tous les résidants assurés de la province ont droit aux services de santé assurés.
4. Transférabilité. Les résidants qui déménagent dans une autre province continuent d'être protégés par le régime de leur province d'origine.
5. Accessibilité. Ce critère vise à assurer l'accès raisonnable pour les résidants aux services hospitaliers, médicaux et de chirurgie buccale assurés, sans qu'ils soient restreints par des frais modérateurs, une surfacturation ou d'autres moyens (par exemple, la discrimination fondée sur l'âge, l'état de santé ou la situation financière).

L'orientation du Québec en matière de santé

Le Programme national de santé publique 2003-2012 conçu par le gouvernement du Québec constitue son cadre de référence et repose sur une approche populationnelle. En décembre 2003, le gouvernement du Québec adoptait la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (projet de loi 25). Dans cette foulée, le gouvernement instituait les Centres de santé et de services sociaux (CSSS), par la fusion de différentes organisations⁸, et mettait aussi en place 95 réseaux locaux de services (RLS) sur l'ensemble du territoire québécois.

Ces RLS sont un maillage de services de santé, au sein d'un territoire, qui résulte de partenariats entre le Centre de services sociaux et les différentes ressources en santé présentes dans le milieu⁹. Une telle réorganisation visait l'intégration des différentes

⁷⁷ <http://dsp-psd.tpsgc.gc.ca/Collection-R/LoPBdP/CIR/934-f.htm#aresponsabilitetx>

⁸ Centres locaux de services communautaires (CLSC), les Centres hospitaliers de soins longue durée (CHSLD) et les Centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS).

⁹ Centres jeunesse, organismes communautaires, groupes de médecine familiale, pharmacies communautaires, partenariats de l'éducation et du milieu municipal, etc.

ressources en santé, en vue d'en rendre l'accessibilité plus facile aux citoyens, en plus d'établir des liens entre les différents secteurs sur une base territoriale.

Le gouvernement proposait des outils destinés à répondre à différentes préoccupations, soit le plan d'action régional de santé publique et le plan d'action local. Le premier est sous la responsabilité des Agences régionales des services sociaux et de santé qui agissent à l'échelon régional, alors que le plan d'action local doit être élaboré par les Centres de santé et de services sociaux. Le plan d'action local insiste sur les deux éléments stratégiques que sont la prise en compte des besoins des communautés et les déterminants de la santé. Dans le programme national de santé publique 2003-2012, on peut lire ce qui suit :

Il faut souligner l'intérêt particulier de la stratégie qui confère un rôle de premier plan aux communautés dans l'amélioration et le maintien de la santé des personnes qui en font partie et qui met l'accent de façon particulière sur les déterminants sociaux de la santé¹⁰

Le Programme national de santé publique confirme ainsi la place des communautés comme partie prenante de la solution. Reste cependant à prévoir comment se traduirait l'implication des citoyens usagers, ce qui n'apparaît pas dans le plan. Nous approcherons cette question de l'arrimage des coopératives de santé au système de santé comme un enjeu pour les coopératives de santé, mais aussi comme une plus-value majeure pour le système de santé au Québec.

PARTIE 2

PORTRAIT DES COOPÉRATIVES DE SANTÉ AU QUÉBEC

La présente enquête requiert une analyse nuancée puisque des écarts importants existent entre chaque coopérative de santé, et ce, sur les plans du territoire, des besoins, de la démographie, de la source du projet, du contexte politique local, des expertises détenues par les comités porteurs, etc.

Nous avons déjà précisé qu'il existe 40 coopératives au Québec, la première opérant depuis treize années (1996). L'enquête révèle toutefois que les coopératives de santé font partie du paysage québécois depuis peu. Les trois quarts des coopératives répondantes ont moins de trois ans d'existence. Les années 2006 à 2008 représentent un pic dans la création de coopératives de santé¹¹. En effet, en 2006 seulement, sept coopératives étaient mises en place. Quant à leur mise en œuvre, elle exige presque deux ans de travail collectif (une année et onze mois).

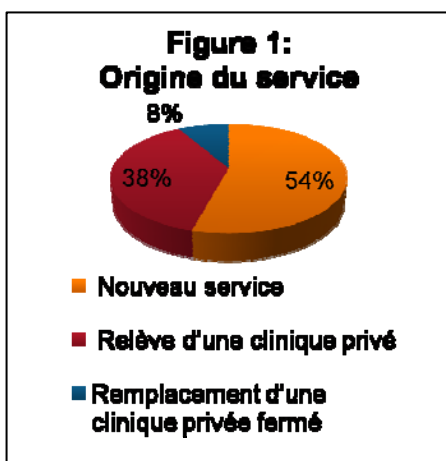
¹⁰ Québec, *Programme national de santé publique 2003-2012*, page 13

¹¹ Voir à ce sujet un article qui met en exergue les conditions d'émergence des coopératives de santé dans Brassard, Marie-Joëlle, (mars 2009), *Revue Développement social, Gouvernance territoriale et innovation sociale*, volume 9, numéro 3, page 30.

Cette partie présente un portrait général dégagé de l'enquête sur les coopératives de santé. Nous aborderons les raisons qui sont à l'origine de la création de la coopérative, la composition des leaders, les bassins de population couverts par les coopératives de santé, le portrait du médecin et du personnel infirmier en coopérative de santé, pour terminer sur quelques éléments financiers. Nous avons annoncé la troisième partie sur les plus-values de la coopérative de santé, à court, moyen et long termes.

Pourquoi une coopérative de santé?

Contrairement aux idées reçues, la création d'une coopérative de santé n'est pas seulement une réaction pour faire face à l'imminence de fermeture du cabinet privé de médecine familiale local. Elle émerge souvent d'une vision et d'une planification appuyée par une mobilisation citoyenne. Il fallait mettre en place un service jugé essentiel pour l'avenir de la communauté.



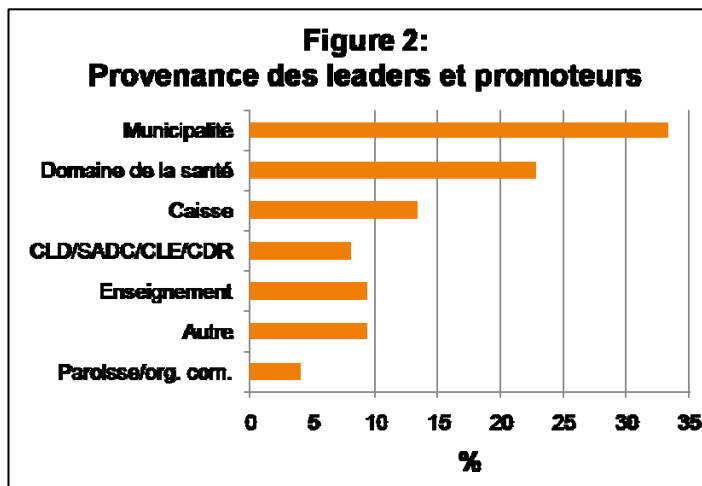
Plus de la moitié des coopératives répondantes (54 %) expriment que la coopérative de santé est un nouveau service dans la communauté, auxquelles s'ajoute 8 % désireuses de rouvrir un cabinet médical fermé. Le projet de coopérative de santé est alors défini et conçu sur la base d'une mobilisation citoyenne soutenue par des leaders locaux qui demeureront porteurs du projet. D'autre part, pour 46 % des cas, l'origine du service se situe au moment de la relève d'une clinique médicale en voie de fermeture (38 %) ou du remplacement d'une clinique familiale fermée depuis peu. Il s'agissait ici de consolider un service existant en danger de fermeture.

Un modèle innovant de démocratie à la fois participative et représentative

Qui sont les leaders locaux qui assurent une continuité au projet? L'enquête révèle que la composition des comités fondateurs repose sur la complémentarité des domaines d'expertises des leaders. Les comités fondateurs sont composés d'élus municipaux (33,3%), d'acteurs du domaine de la santé (22,7%), de représentants de caisses populaires (13,3%) et, dans une moindre mesure, de l'enseignement (9,3%). Notons l'interface croisée entre les acteurs représentant le domaine politique, économique et les acteurs du secteur public, notamment de la santé et de l'éducation.

De plus, 83,3% des coopératives de santé jugent *bonne à très bonne* la qualité des relations avec leur municipalité. Le projet appuyé par le conseil municipal répond aux besoins des citoyens alors que la coopérative englobe à elle seule les dimensions économique, politique et sociale.

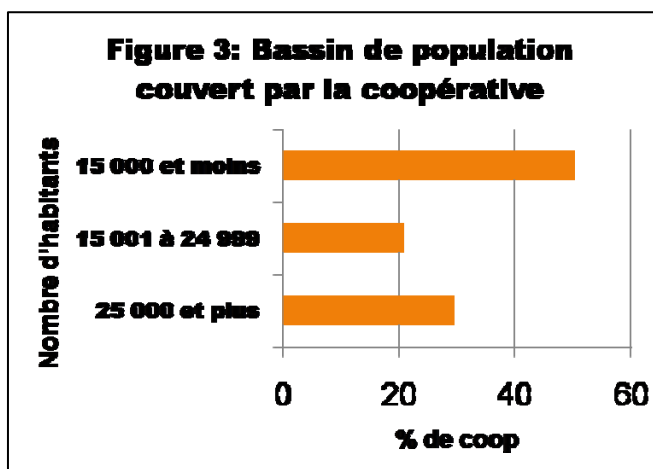
La municipalité ne se substitue pas à l'initiative entrepreneuriale. Elle soutient la mise en œuvre et les opérations de la coopérative de santé. Elle le fait en complémentarité avec les autres domaines d'expertises. Ici, la démocratie représentative municipale coexiste avec le modèle de démocratie participative propre au coopératisme. Quant aux représentants des caisses populaires, ils disposent d'une expertise en gestion d'entreprise coopérative sur les outils de financement, à laquelle s'ajoute le soutien financier.



Finalement, le rôle d'accompagnement des conseillers en développement local, coopératif ou communautaires (CLD, SADC, CDR, etc.) est jugé important pour mener à bien la réalisation du projet.¹²

Les membres des coopératives de santé et la proximité du service

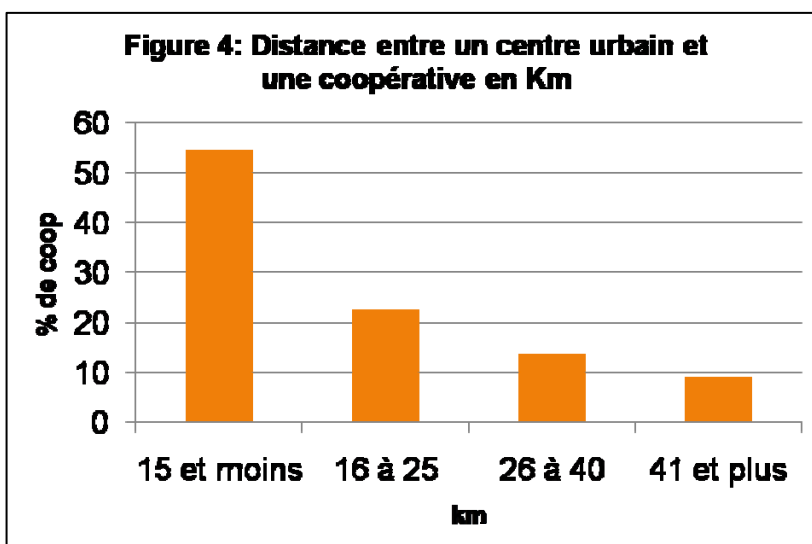
Une fois la coopérative en opération, le nombre de membres coopérateurs s'accroît très rapidement. Au début de leurs opérations, les coopératives comptent un minimum de trois membres et un maximum de 900 membres. En octobre 2008, le nombre minimal s'établissait à deux membres, pour un maximum de 9302. Cette hausse rapide démontre l'adhésion des membres au projet de coopérative de santé. Nous savons que les principaux avantages d'être membre d'une coopérative de santé sont surtout de bénéficier de services complémentaires, ceci pour 47,8 % des coopératives de santé, et d'obtenir des rabais sur les services de soins infirmiers et ceux qui ne sont pas couverts par la RAMQ, ce qui est le cas chez 39,1 % des coopératives.



La population desservie est de 15 000 habitants et moins pour la moitié des coopératives. Près du tiers d'entre elles (30 %) desservent entre 15 001 et 24 999 personnes, alors

¹² Il a été observé dans quelques situations (quatre cas connus de nous) que le-la coordonnatrice de la coopérative de santé était à l'origine l'agent de développement responsable du soutien technique auprès des promoteurs.

qu'une sur cinq (20,8 %) couvre un bassin de plus de 25 000 personnes. En réalité, la moitié des coopératives desservent un territoire dont le bassin de population se situe au-delà de 15 000 habitants.



Cette observation remet en cause la croyance voulant que les coopératives de santé couvrent de très petites populations ou de très petites localités (5 000 habitants et moins).

De plus, l'éloignement d'un centre urbain n'est pas la raison la plus importante qui explique la création de la coopérative de santé. En effet, plus de la moitié

des coopératives répondantes (54,5%) sont localisées à moins de 15 km d'une agglomération urbaine, et un peu plus du cinquième (22,7%) sont situées entre 16 et 25 kilomètres d'une agglomération.

Ce constat semble surprenant mais il est cohérent avec celui soulevé précédemment. En effet, la proximité d'une agglomération urbaine peut jouer dans la décision de se doter d'un service de proximité de santé, dans la mesure où ce service freine probablement l'exode des citoyens vers cette même agglomération. Il s'agissait donc, plutôt, de rapprocher ce service pour maintenir la population locale et répondre à un besoin jugé essentiel pour les aînés et les jeunes familles. D'autre part, cette proximité des agglomérations constitue plutôt un facteur attractif pour recruter des médecins qui pourront résider dans la localité. C'est ce que nous verrons dans la section suivante.

Le portrait du médecin dans une coopérative de santé

Les caractéristiques du médecin qui pratique dans une coopérative de santé correspondent exactement au profil du futur médecin, défini par le docteur Yves Lamontagne dans son rapport sur les effectifs médicaux 2006-2007. En effet, en regard de la moyenne des médecins au Québec, le médecin d'une coopérative de santé est plus souvent une femme. Elle est aussi plus jeune et désire s'installer dans un milieu de vie de qualité, soit souvent dans un milieu moins peuplé, là où est localisée la coopérative de santé. Cette coopérative de santé n'est toutefois pas trop éloignée d'une agglomération urbaine.

Le médecin d'une coopérative de santé est plus jeune que la moyenne des médecins du Québec. Alors que 33 % des médecins du Québec sont âgés de moins de 45 ans (2008), ils sont 47 % dans la même tranche d'âge dans une coopérative de santé, soit 16,7% de

35 ans et moins, et 30,3 % de 35 à 44 ans. Les médecins des coopératives de santé ont en moyenne 18 ans de pratique, ce qui concorde avec la moyenne d'âge observée.

Le taux de femmes pratiquant dans les coopératives de santé est également plus élevé que la moyenne québécoise. Dans les coopératives de santé, on compte 50 % de femmes alors que ce taux, pour l'ensemble du Québec, représente 38 %. Sachant que les femmes représentent actuellement 75 % des médecins en formation, on peut projeter que les coopératives de santé constituent un modèle d'avenir. L'enquête révèle également que sur l'ensemble, la moitié des médecins des coopératives de santé habitent dans la même municipalité que la coopérative de santé. Il s'agit ici, sans doute, soit de jeunes médecins qui y trouvent une opportunité de pratiquer en fonction de la qualité de vie, soit une opportunité de retour dans le milieu d'origine. En effet, certaines coopératives de santé ont développé une stratégie d'attraction des médecins en recensant d'abord ceux, parmi les étudiants en formation, qui sont originaires de leur municipalité.

Plusieurs indices démontrent que les médecins des coopératives de santé présentent une stabilité en regard de la coopérative. Ils sont tous présents depuis le début des activités, pour une moyenne de pratique de 18,7 mois dans la coopérative. Conséquemment, 63,2 % d'entre eux ont conclu une entente contractuelle avec la coopérative.

Le nombre de médecins recrutés et disponibles dans la coopérative de santé joue un rôle déterminant au chapitre de l'accessibilité. L'enquête révèle que le nombre de médecins dans les coopératives de santé varie d'un minimum de un à un maximum de dix. Le nombre moyen d'heures de consultation par médecin équivaut à 19,7 heures par semaine. Nous conservons cependant une réserve quant à l'interprétation de cette moyenne étant donné les écarts substantiels entre les coopératives sur le plan de la desserte. Selon les coopératives interrogées, le nombre moyen de médecin nécessaire pour un bon fonctionnement serait de 7,4, alors que les coopératives de santé interrogées expriment manquer en moyenne de 3 médecins.

Portrait des infirmières dans les coopératives de santé

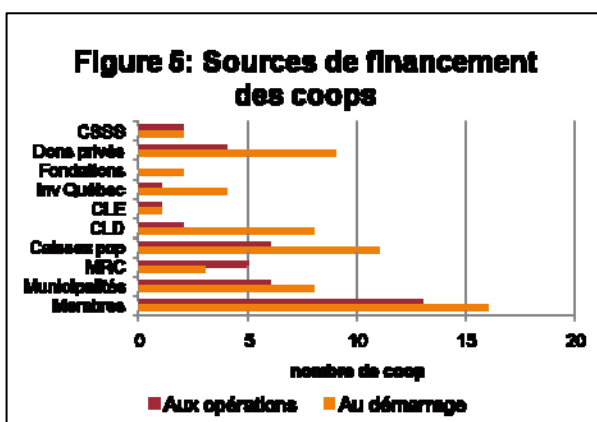
Ce sont en totalité des femmes et peu d'entre elles sont présentes dans la coopérative depuis ses débuts, ayant cumulé l'équivalent de 20,1 mois de pratique en moyenne. Leur appartenance au milieu de vie est très forte puisque 63 % d'entre elles habitent la communauté où est localisée la coopérative de santé. Le nombre moyen d'infirmières par coopérative répondante varie de un à trois, alors que les deux tiers (61,4 %) sont âgées de 35 à 55 ans, pour une moyenne de 25 années de pratique. Finalement, la moyenne d'heures de travail par semaine équivaut à 31,22.

Le fait d'être reconnu comme GMF (groupe de médecine familiale) facilite l'ajout de personnel infirmier puisqu'un soutien financier est rattaché à cette reconnaissance. On compte ainsi 91,7% des coopératives qui ne sont pas des GMF, alors que 54,2 % souhaiteraient le devenir. Essentiellement, un GMF suppose un travail d'équipe par un nombre minimal de médecins, ce qui n'est souvent pas le cas.

Des ressources facilitatrices

L'enquête réalisée auprès des coopératives de santé nous informe que 50 % de celles-ci se sont dotées soit d'un coordonnateur aux activités médicales, soit d'un coordonnateur administratif.

Portrait financier des coopératives de santé



Chez la moitié des coopératives répondantes, le coût de démarrage du projet variait de 50 000\$ à 250 000\$, alors que pour le cinquième (20%) d'entre elles, le coût de démarrage dépassait 500 000\$.

La moitié des coopératives ont loué une bâtisse alors que l'autre moitié a procédé à un achat (construction ou achat). Dans ces derniers cas, les terrains ont été donnés ou ont fait l'objet d'un bail emphytéotique.

De façon générale, le financement est plus facilement accessible au moment du démarrage que pour assurer les opérations.¹³

Pour les trois quarts des coopératives de santé interrogées, la première source de financement, au démarrage comme aux opérations, provient des cotisations des membres.

L'investissement total des membres, au démarrage, varie d'une coopérative à l'autre, soit un minimum de 2000 \$ et un maximum de 187 000 \$.

Pour être membre, la part de qualification varie de 10 \$ à 100 \$, alors que la contribution annuelle est de 30 \$ à 100 \$. Finalement, 30 % des coopératives donnent accès à une cotisation familiale variant de 50 \$ à 200 \$. Les principaux avantages d'être membre d'une coop sont surtout de bénéficier de services complémentaires (47,8 % des coopératives), et d'obtenir des rabais sur les services non couverts par la RAMQ (39,1 %). Finalement, les professionnels de la santé peuvent être membres de la coopérative et déboursent une part de qualification, variant de 10 \$ à 1000 \$, alors qu'une seule coopérative demande une cotisation annuelle de 75 \$.

Le milieu municipal (municipalités et MRC) et les caisses populaires contribuent au démarrage de la coopérative pour la moitié d'entre elles. Suivent les dons privés et, en quatrième lieu, les Centres locaux de développement.

¹³La figure 5, faisant état des sources de financement, ne fournit pas la mesure ou l'importance de celui-ci. Elle indique plutôt sa source selon le nombre de coopératives concernées.

Seul le monde municipal maintient sa contribution entre le démarrage et le stade des opérations de la coopérative. C'est-à-dire que le nombre de coopératives soutenues financièrement par le monde municipal lors du démarrage correspond au même nombre de coopératives soutenues par les municipalités au moment des opérations. Cependant, le nombre de coopératives soutenues financièrement par les MRC s'accroît au stade des opérations, et diminue légèrement dans les municipalités pour atteindre le même nombre de coopératives. Ce constat significatif est renforcé, rappelons-le, par l'implication du monde municipal dans le comité fondateur de plusieurs coopératives. Ce qui est cohérent par ailleurs.

Finalement, soulignons que du point de vue fiscal, les coopératives sont assimilées à un organisme sans but lucratif (par le ministère du Revenu) dans 62,5 % des cas. Cette situation mériterait d'être normalisée puisque le tiers des coopératives ne sont pas reconnues comme organisme à but non lucratif, ce qui les désavantage. Finalement, aucune ne verse de ristournes ou d'intérêts sur les parts privilégiées.

PARTIE 3

LES PLUS-VALUES DES COOPÉRATIVES DE SANTÉ

Outre les situations où la coopérative permet de maintenir ou de réanimer un service de santé local, nous avons observé que la coopérative de santé est un service nouvellement créé dans plus de la moitié des cas (54 %). Nous avons aussi constaté que les coopératives sont le plus souvent localisées près d'une agglomération urbaine. Dans ce cas, pourquoi la mise en place d'un tel service de proximité s'est-elle effectuée dans ces communautés plutôt que dans une communauté très isolée ou éloignée des centres urbains? Quelle était la nécessité pour les citoyens de rapprocher leur service de santé ou encore de le maintenir?

L'enquête permet de croire qu'une communauté située près d'une agglomération urbaine intervient plus vivement pour maintenir sa cohésion d'ensemble, donc pour maintenir un service jugé essentiel pour l'avenir de la communauté, soit le service de santé.

La plus-value la plus importante d'une coopérative de santé est qu'elle permet de maintenir la communauté vivante et facilite la cohésion du milieu. Nous posons l'hypothèse que la présence d'une agglomération peu éloignée peut conduire la communauté à devenir une « banlieue dortoir ». C'est la vie et le futur de la communauté qui sont en cause et non pas le seul service de santé. En ce sens, le service ne doit pas être pris isolément, mais dans la dynamique globale de la communauté. On peut alors penser que la raison d'être de la coopérative de santé est d'abord de maintenir vivante la communauté.

L'accessibilité aux services de santé ?

Les coopératives de santé contribuent à redistribuer les effectifs médicaux sur un territoire, par leur effet d'attraction des ressources professionnelles en santé. Sur le plan de leur

distribution, les coopératives de santé sont plus nombreuses dans la région de la Montérégie (sept) et de la Mauricie (sept). On les retrouve ensuite en Outaouais (cinq), dans Chaudière-Appalaches (quatre) et au Centre-du-Québec (quatre). Soulignons que l'organisme qui accompagne la mise en place des coopératives, la Coopérative de développement régional (CDR), dessert les territoires regroupés du Centre-du-Québec et de la Mauricie, qui totalisent onze coopératives de santé accompagnées par la même organisation. C'est aussi dans cette région qu'a été créée la première coopérative de santé au Québec. La CDR agit comme facilitatrice de transfert des expertises couvrant le territoire Centre-du-Québec et Mauricie, qui serait en quelque sorte un territoire d'expérimentations novatrices qui ont donné le ton aux autres régions. Les relations de proximité entre les leaders de différentes localités s'en trouvent facilitées.

Les coopératives sont localisées principalement dans les régions dites « intermédiaires », et non pas dans les régions éloignées comme on pourrait à priori le croire. Nous avons déjà soulevé le constat que les coopératives de santé sont, pour une part, localisées près d'une agglomération. Nous ajouterons à ce constat que le déficit de médecins dans la région constitue un facteur à prendre en compte pour expliquer la présence plus nombreuse de coopératives de santé.

Carte 1 : localisation des coopératives de santé au Québec

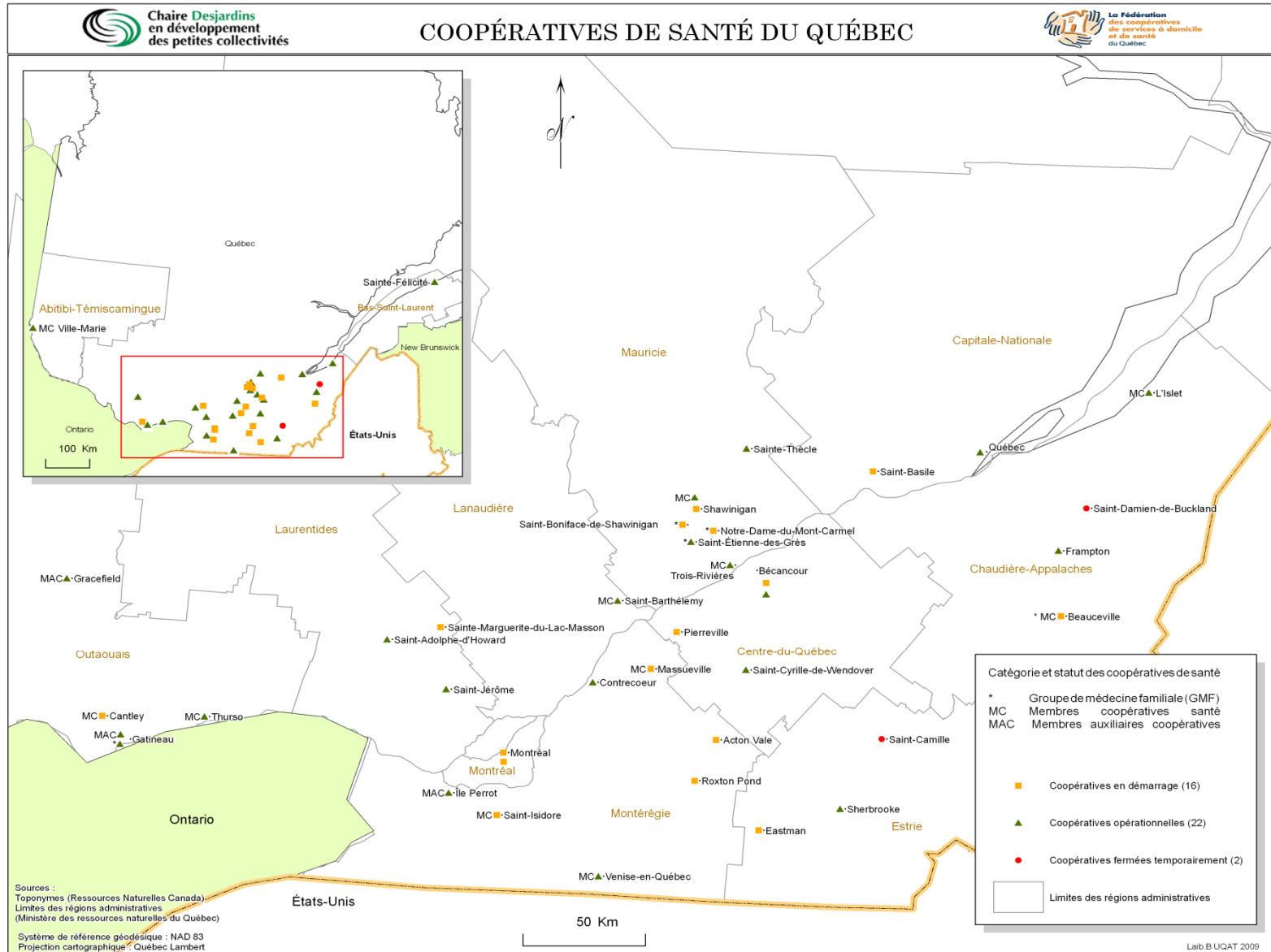


Tableau 1

Répartition des coopératives de santé au Québec par région administrative (nbre)

Région	Nbre total coops	En démarrage	En opération	Fermées	GMF (*)
Bas-St-Laurent (01)	1		1		
Capitale-Nationale (03)	2	1	1		
Mauricie (04)	7	3	4		
Estrie (05)	3	1	1	1	
Montréal (06)	2	2			
Outaouais (07)	5	1	4		1
Abitibi-Témiscamingue (08)	1		1		
Chaudière-Appalaches (12)	4	1	2	1	1
Lanaudière (14)	1		1		
Laurentides (15)	3	1	2		
Montérégie (16)	7	4	3		
Centre-du-Québec (17)	4	2	2		

Un déficit de médecins proportionnel à la création de coopératives de santé

Nous avons comparé la proportion de population pour chaque région administrative avec la répartition des médecins, toujours par région (tableaux 3 et 4). Le tableau 3 indique que la Montérégie est la région où la proportion de médecins est la plus faible en proportion de sa population au Québec. C'est aussi la région qui renferme un nombre plus élevé de coopératives de santé (18 %) avec la Mauricie (18 %).

Nous avons ensuite reporté le nombre de médecins pour chaque région administrative si le taux par 1000 habitants au Québec reflétait celui du Canada (tableau 4). Nous avons appelé « le déficit » de médecins par région l'écart entre le Canada et la réalité de la région (tableau 4). Les coopératives de santé sont localisées dans les régions où le déficit de médecins est plus élevé eu égard à la moyenne canadienne. L'observation est également exacte si l'on compare la proportion de population par région avec la répartition actuelle des médecins, toujours par région.

Outre la Montérégie, les régions du Centre-du-Québec, de Chaudière-Appalaches, de Laval, de Lanaudière, des Laurentides et de l'Outaouais font face à des déficits de médecins de famille plus élevés au Québec en comparaison de la moyenne canadienne (tableau 3) ou de la répartition des médecins entre les régions du Québec. Plus de la moitié des coopératives de santé sont localisées dans quatre régions : Centre-du-Québec,

Chaudière-Appalaches, Outaouais et Montérégie. Seules les régions de Laval et de Lanaudière ne correspondent pas à nos observations puisqu'une seule coopérative est localisée dans Lanaudière et aucune à Laval. Quant au territoire de Mauricie-Bois-Franc, qui compte sept coopératives, il fait exception par son nombre élevé de coopératives. Nous avons proposé une explication qui repose sur le facteur facilitateur de transfert des expertises que constitue la Coopérative de développement régional couvrant ce territoire.

Notre question de départ était la suivante : est-ce que les coopératives de santé contribuent à faciliter réellement l'accès au service de santé par la proximité? En ce qui a trait à la définition de proximité, nous empruntons celle de Solidarité rurale du Québec, elle-même tirée de la Politique nationale de la ruralité. Le service de proximité se définit comme étant *l'ensemble des services publics ou privés de première ligne, quel que soit le secteur d'activité dont ils relèvent*¹⁴. À la lumière des informations qui découlent de l'enquête, nous pouvons affirmer qu'il y a effectivement réponse à un besoin d'accès de services de santé de première ligne. Un peu plus de la moitié des coopératives existantes est constituée de coopératives nouvellement créées (54 %), alors que l'autre partie représente un maintien ou une réanimation d'un service en voie d'être perdu. Par ailleurs, il faut noter que les communautés qui se dotent d'un service de proximité de santé sous la forme de coopératives vivent une situation de pénurie plus importante que dans les autres régions. Ces coopératives modifient dans les faits la distribution des effectifs médicaux sur le territoire pour palier une situation qui les défavorise.

¹⁴Gouvernement du Québec, *Politique nationale de la ruralité*, 2001, p.7.

Tableau 2

Répartition territoriale des médecins de médecine familiale en regard de la population par région administrative (2008)

Régions administratives	Femmes	Hommes	Total médecins	Répartition des médecins par région (%)	Répartition de la population du Qc par région (%)	Écart: répartition médecins VS population
01 Bas-Saint-Laurent	141	150	291	3	2,62	0,38
02 Saguenay-Lac-St-Jean	143	184	327	3,4	3,55	(0,15)
03 Québec	517	608	1 125	11,7	8,75	2,95
04 Mauricie-Bois-Francs	120	188	308	3,2	3,4	-0,2
05 Estrie	199	247	446	4,6	3,93	0,67
06 Montréal	1 122	1 400	2 522	26,2	24,5	1,7
07 Outaouais	152	202	354	3,7	4,53	-0,83
08 Abitibi-Témiscamingue	103	101	204	2,1	1,89	0,21
09 Côte-Nord	61	75	136	1,4	1,25	0,15
10 Nord du Québec	39	35	74	0,8	0,53	0,27
11 Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	74	101	175	1,8	1,23	0,57
12 Chaudière-Appalaches	182	251	433	4,5	5,18	-0,68
13 Laval	161	198	359	3,7	4,92	-1,22
14 Lanaudière	179	205	384	4	5,75	-1,75
15 Laurentides	219	293	512	5,3	6,84	-1,54
16 Montérégie	702	702	1 404	14,6	18,17	-3,57
17 Centre-du-Québec	94	109	203	2,1	2,96	-0,86
Total Québec	4 208	5 049	9 257	95,9	100	na
Hors du Québec	130	245	375	3,9		na
Total général	4 338	5 294	9 632	100		

Sources:

Collège des médecins : Répartition des médecins omnipraticiens selon la région administrative et selon le sexe (2008); <http://www.cmq.org/Public/TravailObligations/Statistiques/RepartitionOmnisRegion.aspx>

Institut de la Statistique du Québec

Tableau 3

Répartitions des médecins, hypothèse ajustées à la moyenne canadienne, par région administrative et répartition territoriales des coopératives de santé au Québec (2008)

Régions administratives	Total médecins au Qc par région	Projections : besoins ajustés à la moyenne canadienne (Note 1)	Déficit régional comparé au Canada		Répartitions des coops santé au Qc	Proportion coops santé par région
			nombre	%		
01 Bas-Saint-Laurent	291	424	133	31,4%	1	3%
02 Saguenay-Lac-St-Jean	327	577	250	43,3%	0	0%
03 Québec	1 125	1428	303	21,2%	2	5%
04 Mauricie-Bois-Francs	308	550	242	44,0%	7	18%
05 Estrie	446	640	194	30,3%	3	8%
06 Montréal	2 522	3 943	1 421	36,0%	2	5%
07 Outaouais	354	739	385	52,1%	5	13%
08 Abitibi-Témiscamingue	204	306	102	33,3%	1	3%
09 Côte-Nord	136	202	66	32,7%	0	0%
10 Nord du Québec	74	86	12	14,0%	0	0%
11 Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	175	199	24	12,1%	0	0%
12 Chaudière-Appalaches	433	844	411	48,7%	4	10%
13 Laval	359	807	448	55,5%	0	0%
14 Lanaudière	384	951	567	59,6%	1	3%
15 Laurentides	512	1124	612	54,4%	3	8%
16 Montérégie	1 404	2972	1568	52,8%	7	18%
17 Centre-du-Québec	203	482	279	57,9%	4	10%
Total Québec	9 257	16274	7017	43,1%	40	100%
Hors du Québec	375	na	na	na		
Total général	9 632	na	na	na		

Sources: Collège des médecins: Répartition géographique des médecins omnipraticiens selon le sexe et selon les régions: 2008; Lamontagne, Yves; Rapport sur les effectifs médicaux 2006-2007, Collège des médecins, 2007; Institut de la statistique du Québec; données 2007-2008; Étude statistique réalisée par la Chaire Desjardins en développement des petites collectivités sur les coopératives de santé au Québec - Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue, 2008.

NOTE 1: Le rapport sur les effectifs médicaux 2006-2007 produit par Yves Lamontagne, président-directeur général du Collège des médecins, indique que la moyenne canadienne relativement aux effectifs médicaux est de 2,1 médecins par 1000 habitants. Les ajustements proposés pour le Québec sont fonctions de cette donnée. Toutefois, le rapport souligne une moyenne internationale plus élevée qui atteint 2,9 habitants pour 1000 habitants.

La réponse aux besoins et autres services

À court terme, les coopératives de santé répondent à un besoin d'assurer des services de soins infirmiers, de clinique avec et sans rendez-vous. Par ailleurs, il faut noter la présence des services de médecine non-traditionnelle et de prévention, qui constitue une amorce de diversification des services. Même si l'offre de service dans les coopératives de santé est diversifiée (tableau 2), ce sont souvent des services déjà présents dans la municipalité. Il y aurait probablement lieu d'établir des relations avec les organisations déjà présentes dans la municipalité et la coopérative de santé pour maximiser les effets d'entraînement de la coopérative, et peut-être décentraliser certaines activités par quartier.

Tableau 4
Services offerts par la coopérative de santé (%)

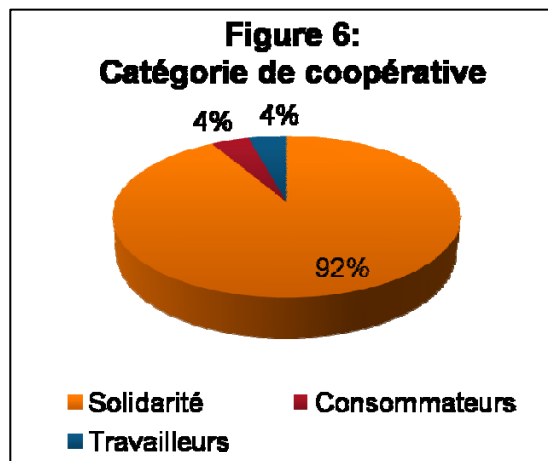
	Via la coop	Dans la municipalité	Rayon de 50km
Club de marche	4,3	58,3	66,7
Physiothérapie	8,7	37,5	87,5
Accompagnement des parents	8,7	54,2	66,7
Chiropractie	13	45,8	79,2
services d'urgence	21,7	37,5	87,5
Massothérapie	21,7	66,7	79,2
Pharmacie	21,7	66,7	87,5
Nutrition	26,1	33,3	79,2
Psychologie	30,4	41,7	79,2
services de soins infirmiers	43,5	41,7	87,5
Clinique sans rendez-vous	52,2	33,3	87,5
Clinique sur rendez-vous	73,9	50	87,5

La participation citoyenne : une plus-value pour le système de santé

La catégorie « coopérative de solidarité » est celle qui est adoptée par 92 % des coopératives de santé. Cela signifie que les membres usagers peuvent être autant les travailleurs que les citoyens usagers, ou les membres de soutien. Ces derniers peuvent contribuer au soutien financier ou à une expertise. À la question portant sur le membership des professionnels de la santé, 18 des 24 coopératives répondantes (75 %) expriment que ceux-ci peuvent être administrateurs. Leur nombre varie de un (dans la majorité des cas) à trois (une seule). Chez la majorité des autres coopératives, les professionnels de la santé peuvent assister aux conseils d'administration.

On a déjà souligné que le membership des coopératives atteint 9200 membres. De façon générale, la création de la coopérative repose sur la mobilisation d'un nombre important de citoyens et sur les activités bénévoles. Rappelons que l'enquête révèle que les citoyens deviennent membres une fois la coopérative en opération. La confiance accordée au leadership est donc un facteur stratégique important pour le démarrage de la coopérative.

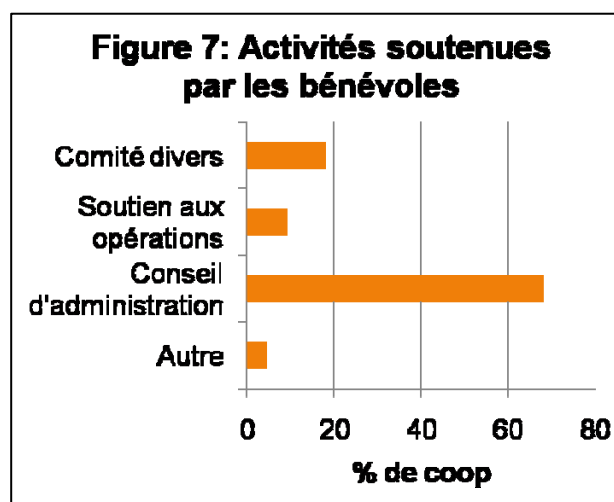
De plus, l'investissement total des membres au moment du démarrage est en moyenne de 59 791,47 \$, allant jusqu'à 187 000 \$. Ces montants élevés sont la manifestation d'un engagement citoyen important. S'ajoute à cela la cotisation annuelle, qui varie de 50 \$ à 200 \$¹⁵. Nous verrons que l'enjeu du maintien des opérations repose en bonne partie sur les cotisations annuelles. Or, elles sont mal perçues et mal comprises par les institutions ou par plusieurs médias qui vivent à l'extérieur de la communauté. La cotisation annuelle est votée par les membres réunis en assemblée générale sur une base volontaire. Ils jugent essentiel le maintien du service, ce qui traduit concrètement une vision où les acteurs de la communauté appréhendent leur réalité dans toute sa dimension globale.



On compte en moyenne 4,8 promoteurs par coopérative créée. On a vu que cette équipe de leaders est complémentaire. Les contributions des promoteurs sont reliées à leur expérience et leur expertise dans 79,8 % des cas, et financières dans 16,2 %; dans ce dernier cas on parle généralement de membres de soutien. Dans 91,7 % des coopératives interrogées, des activités sont soutenues par du travail bénévole. Le nombre de bénévoles impliqués dans les coopératives varie de l'une à l'autre. Ainsi, neuf coopératives ont moins de dix bénévoles, cinq en ont de dix à dix-neuf et six coopératives en ont de vingt à vingt-cinq. Finalement, une coopérative de santé compte plus de vingt-cinq bénévoles. Le temps dédié à l'administration de la coopérative constitue le type de bénévolat le plus fréquemment observé. En second lieu, le temps pour les comités de travail est plus important. L'engagement des leaders membres dans la coopérative de santé constitue un apprentissage enchâssé dans les réalités locales potentiellement transférable dans d'autres projets de la vie de la communauté. En ce sens, le projet répond doublement à l'objectif visant le maintien de la communauté.

Une approche globale et citoyenne

Des chercheurs de l'Université Laval et de l'Université McMaster soutiennent que la participation des citoyens à l'intérieur du système de santé aura des impacts majeurs sur la transformation du système

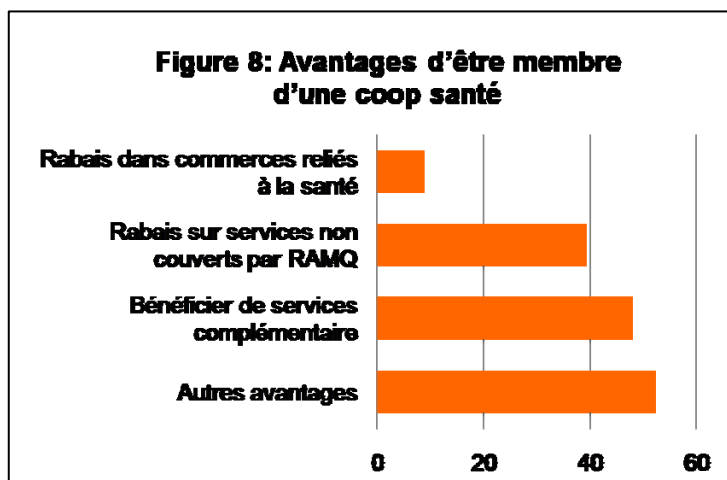


¹⁵ Ces informations sont peu révélatrices puisque seulement 7 coopératives ont répondu à cette question.

de santé.¹⁶ Les chercheurs déterminent trois fonctions de la participation des citoyens dans le système de santé : des fonctions d'information, de conciliation et d'appropriation. Parlant d'appropriation, ils expriment ceci;

La participation facilite l'appropriation par la population des services publics qui lui sont destinés et qu'elle finance de ses impôts. Au départ, il peut simplement s'agir d'établir les conditions d'un transfert de connaissances des responsables et des experts vers les citoyens, de manière à améliorer la transparence du processus décisionnel. À terme, cependant, l'engagement public dans les services publics peut permettre une véritable transformation du système par un changement dans les priorités. (souligné par nous)¹⁷

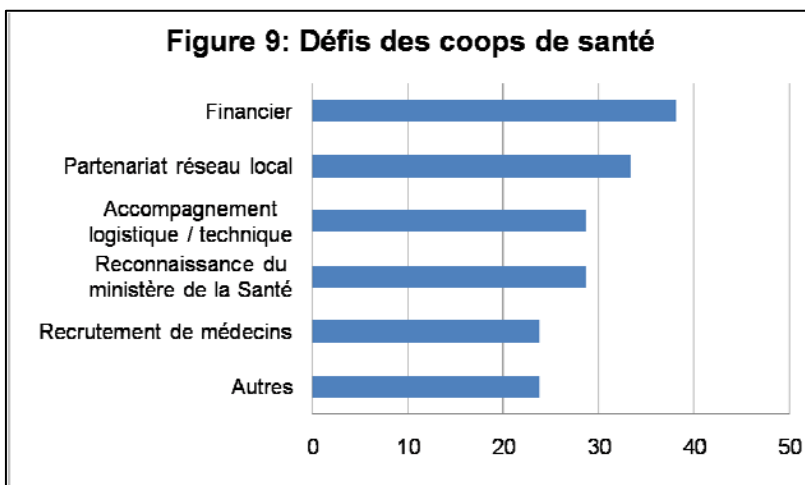
L'enquête nous apprend que les principaux avantages d'être membre d'une coopérative de santé sont surtout de bénéficier de services complémentaires (47,8 %) à ceux assurés, et d'obtenir des rabais sur les services non couverts par la RAMQ (39,1 %). Il y a un effort très net pour diversifier les services offerts en dehors de ceux couverts par la RAMQ. À moyen terme, les coopératives répondantes expriment la volonté de développer certains services. Ce sont les services non assurés qui sont au premier rang en importance (39,1%), ce qui correspond à l'insistance des coopératives à diversifier les services au-delà des consultations, quoique ce dernier service demande à être consolidé. La prévention est un service relevé par seulement 14,1 % des coopératives répondantes. Il va sans dire que même si elles préconisent une approche globale et citoyenne, leurs préoccupations pour rendre financièrement viable leur coopérative les occupent au premier chef. Cela conduit aux enjeux auxquels elles font face.



¹⁶ Forest, Pierre-Gerlier; Abelson, Julai; Gauvin, François-Pierre; Smith, Paricia; Martin, Élisabeth; Eyles, John (2000); *Participation de la population et décision dans le système de santé et de services sociaux du Québec*; Rapport présenté au Conseil de la santé et du bien-être; Département de science politique et Groupe de recherche sur les interventions gouvernementales, pages 18 et 19.

¹⁷ Idem, page 19.

UN ENJEU : L'INTÉGRATION AU SYSTÈME DE SANTÉ

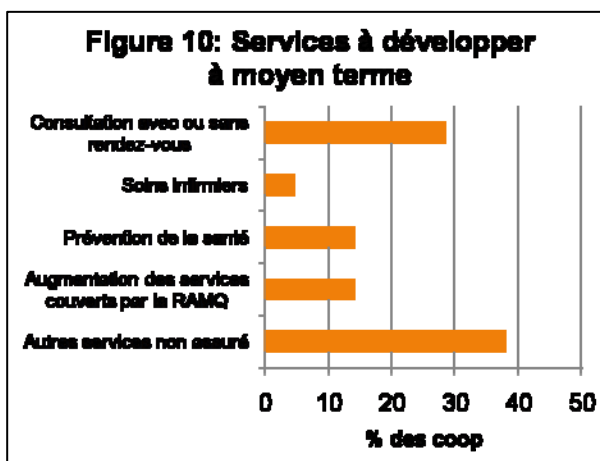


Les coopératives de santé expriment vivre des difficultés qui ne sont pas sans être liées à leur stade précoce de développement. Elles sont nouvelles dans le paysage québécois alors que leur nombre et les énergies déployées par les citoyens des communautés confirment qu'elles font maintenant partie de la réalité dont le système de

santé aura à tenir compte dans l'avenir. Les enjeux que les coopératives de santé déterminent sont liés justement au système de santé, notamment le partenariat avec le réseau local (33,3%), leur reconnaissance par le ministère de la Santé et des Services sociaux (28,8%) et leur financement (38,1%). Ces trois enjeux portent sur la seule intégration au système de santé. Quant au recrutement des médecins, il s'inscrit dans une problématique du système de santé : la pénurie de médecins.

Des relations émergentes et fragiles avec le système de santé

Près du tiers des coopératives enquêtées manifestent vivre des difficultés dans leurs relations avec leur Centre de santé et de services sociaux (CSSS), alors qu'elles manifestent que leurs relations avec leur CSSS est positive dans plus de deux tiers des cas (69,6 %). Il y a sept coopératives qui ont signifié avoir une relation moyenne à mauvaise avec leur CSSS. Les coopératives n'ont pas d'entente avec leur CSSS dans une proportion de 66,7 %. Pour celles qui en ont, elles sont surtout de type partenarial. Finalement, 91,7 % des coopératives ne sont pas des GMF, mais souhaiteraient le devenir à 54,2 %.



CONCLUSION, UNE TRANSFORMATION SOCIALE EN PROFONDEUR

Les coopératives de santé émergent de la volonté des citoyens réunis désireux de répondre à un besoin jugé prioritaire pour eux. Le système de santé est un mécanisme d'État qui planifie, organise et contrôle ses composantes. **Il est inhabituel pour l'État que des solutions proviennent de l'extérieur du système de santé.** L'État, dans un effort de déconcentration vers une gestion régionale, peut arrimer les coopératives de santé pour qu'elles fassent partie intégrante du système de santé. **Cependant, pour que les plus-values des coopératives de santé soient mises à contribution en faveur de la société, elles devront demeurer sous la gouvernance des citoyens de la communauté qui les a fait naître.** C'est dans ce contrôle local sur leurs services particuliers à leur territoire, et donc en respect de leur gouvernance, que réside le réel enjeu des coopératives de santé : être partie prenante du système de santé sans perdre leurs spécificités.

L'intégration des coopératives de santé dans le système de santé est un enjeu qui correspond à la définition globale de la santé. La participation des populations locales suppose une relation renouvelée entre l'État et les communautés. Cette relation repose sur une confiance envers les communautés qui confirme leurs capacités à gérer et à orienter leurs destinées. Les raisons de ce choix se justifient par les plus-values à moyen et long terme invisibles à vue de nez.

Soulignons la construction d'apprentissages collectifs transférables dans d'autres sphères de la vie des citoyens, ce qui correspond à un renforcement des capacités d'agir. Soulignons également que l'ancrage local des acteurs étant attaché au pouvoir de gouvernance, il oblige à tenir compte, dans la prise de décision, de toutes les sphères de la vie locale, ce qui correspond en dernière instance aux déterminants sociaux de la santé.

Finalement, l'alternative coopérative dans le domaine de la santé, fondée sur la participation démocratique et le lien privilégié des citoyens à leur milieu de vie, peut-elle véritablement transformer les mentalités et se traduire par une gouvernance de leur santé par les citoyens? Autrement dit, la coopérative de santé permettra-t-elle de passer d'une approche de « consommateurs de services », développée dans les années 1960, à une autre qui place la personne au centre pour transformer ses conditions de vie? Car il existe une relation entre l'état de santé d'une personne et le pouvoir qu'elle dispose sur son devenir. Sentir les liens qui nous unissent aux autres, ne pas être isolé, pouvoir influencer les services de santé que l'on veut, pouvoir agir ensemble et maintenir un service de proximité essentiel à sa communauté, savoir qu'il y aura un lendemain pour sa communauté d'appartenance, que l'on peut améliorer la qualité de vie grâce à nos actions...n'est-ce pas là le début de la prévention de la maladie!

Pour que les coopératives puissent être un vecteur de transformation en profondeur dans la société, des conditions doivent être mises en place qui sont aussi des enjeux d'avenir pour les coopératives. Ce sont les suivantes :

- L'éducation de la population et des instances étatiques sur le potentiel coopératif, notamment sur les plans de la responsabilisation mais aussi du pouvoir d'agir qu'elle procure aux communautés;
- Un virage des coopératives vers des activités de prévention, permettant d'abaisser la consommation de services de santé par les acteurs locaux responsables et qui disposent d'un pouvoir de changement;
- L'engagement des médecins et des professionnels de la santé tant envers la coopérative de santé que dans les relations avec les citoyens membres de coopératives;
- Le maintien de la mobilisation des membres citoyens par une vie coopérative active;
- Finalement, l'arrimage des coopératives de santé au système de santé est une condition *sine qua non* pour favoriser la prise en charge des communautés et améliorer l'état de santé des populations. Toutefois, cet arrimage devra essentiellement se doubler d'un respect du pouvoir de décider des membres réunis en coopérative pour qu'elles puissent assumer leurs responsabilités.

Annexe 1 : Méthodologie

Cette recherche est une initiative conjointe de l'Alliance de recherche Universités-Communautés pour le *Développement territorial et coopération (ARUC-DTC)*, du Conseil québécois de la coopération et de la mutualité (CQCM) et de la Fédération des coopératives de services à domicile et de santé du Québec (FCSDSQ).

Elle a pour objectif de documenter les coopératives de santé en analysant, de manière rétrospective et prospective, leur niveau d'évolution afin de déterminer empiriquement ce qu'elles sont et leur apport aux services de santé de première ligne au Québec.

Population cible

Au début de l'enquête, soit en novembre 2008, 36 coopératives de santé étaient répertoriées dans la province du Québec. Les administrateurs et les coordonnateurs des coopératives de santé constituaient les participants de l'enquête.

Nous avons recueilli au total 24 questionnaires dûment remplis et validés auprès des participants, ce qui représente un taux de réponse de 66 %.

Déroulement de la recherche

À l'automne 2008, nous avons constitué un comité de travail avec les principaux partenaires concernés par les enjeux et défis relatifs au développement des coopératives de santé, à savoir le ministère du Développement économique, de l'Innovation et de l'Exportation (MDEIE), l'Alliance de recherche Universités-Communautés pour le *Développement territorial et coopération (ARUC-DTC)*, le Conseil québécois de la coopération et de la mutualité (CQCM) et la Fédération des coopératives de services à domicile et de santé du Québec (FCSDSQ). Le travail en comité a permis de définir le programme de recherche, d'élaborer et de bonifier le questionnaire d'enquête et d'assumer le suivi des activités de la recherche.

La FCSDSQ a été chargée de l'exécution de l'enquête auprès des coopératives de santé. Dans le cadre de ce mandat, une personne-ressource, en l'occurrence Olivier Étienne, fut responsable de l'administration du questionnaire et de la validation des réponses auprès des répondants. Une mise à jour du répertoire des coopératives de santé (vérification des adresses postales et électroniques, des noms des personnes-ressources à contacter, des coordonnées téléphoniques, etc.) a servi d'étape préliminaire à l'envoi des questionnaires. Les questionnaires ont été acheminés par voie électronique aux répondants dotés d'infrastructures technologiques suffisantes, et par voie postale pour les autres (la plupart des coopératives en phase de démarrage).

Nous avons réalisé une phase « pré-test » auprès de trois coopératives de santé. Notre choix s'est arrêté sur deux coopératives en opération et une en démarrage (dont deux sont

membres de la FCSDSQ). Après discussion des résultats du pré-test en comité de travail, nous avons bonifié sensiblement certaines rubriques du questionnaire d'enquête.

L'administration du questionnaire auprès du secteur a débuté en novembre 2008. L'envoi massif a été suivi d'un 1^{er} échange téléphonique auprès des participants dans un intervalle d'une semaine. Cet entretien a été l'occasion de nous assurer de la réception et de la bonne compréhension du questionnaire et des objectifs de l'enquête. Nous avons validé, avec les répondants, le mode opératoire de l'enquête et statué quant à un rendez-vous téléphonique pour la validation des réponses.

Les entretiens de validation se sont déroulés de décembre 2008 à février 2009. D'une durée moyenne de 30 à 45 minutes, ils étaient effectués au fur et à mesure du retour des questionnaires à la FCSDSQ. La validation a porté sur l'ensemble des questions, en vérifiant l'exactitude des informations recueillies auprès des répondants. Seules les personnes ayant répondu au questionnaire étaient rencontrées en entretien, généralement un administrateur ou un coordonnateur.

Une fois l'étape de la validation achevée, les questionnaires étaient acheminés par voie électronique à l'équipe de recherche de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT). La période d'acheminement s'est échelonnée sur trois mois, soit de décembre 2008 au début de mars 2009.

L'équipe de l'UQAT a eu le mandat d'effectuer la saisie des données dans SPSS et l'analyse des résultats de l'enquête conjointement avec le CQCM et la FCSDSQ. Patrice Leblanc, de l'UQAT, a réalisé une présentation préliminaire des résultats de l'enquête auprès des partenaires du projet en mars 2009.

Enfin, les résultats de l'enquête ont été officiellement présentés lors du 1^{er} colloque sur les coopératives de santé organisé par la FCSDSQ, le 29 avril 2009 à Montréal.

REGARD CRITIQUE

Ressources et infrastructures des coopératives en phase de démarrage

Environ 40 % des coopératives ciblées étaient en phase de démarrage lors de l'enquête. Pour la grande majorité, ces coopératives ne disposaient pas d'infrastructures physiques et de ressources permanentes pour répondre adéquatement aux exigences logistiques et administratives de l'enquête.

Les membres des comités provisoires étant très impliqués dans les démarches de mise en opération, certains ne disposaient pas du temps nécessaire à consacrer à l'enquête. Rappelons tout de même que le questionnaire comportait une centaine de questions et exigeait entre 30 à 45 minutes à compléter. Cette réalité s'est reflétée dans le taux de réponse à l'enquête.

Uniformité des réponses recueillies en fonction du statut « en démarrage » ou « en opération »

Certaines rubriques du questionnaire s'adressaient davantage aux coopératives déjà en opération (sections 4, 6 et 9 respectivement). Les coopératives de santé en phase de démarrage ou en opération depuis moins d'un an pouvaient plus difficilement justifier des réponses pour ces rubriques respectives. L'uniformité des réponses recueillies dépendait du stade d'opération de la coopérative, des ressources et des efforts consentis dans le traitement, la compilation et l'archivage des informations propres à ces sections.

Annexe 2 : Questionnaire

Lévis, le 15 octobre 2008.

Objet : Consultation pour la réalisation du portrait de coopératives de santé

Madame, Monsieur,

Le Conseil québécois de la coopération et de la mutualité¹⁸ et la Fédération des coopératives de services à domicile et de santé du Québec¹⁹ sollicitent votre collaboration pour l'élaboration d'un portrait officiel des coopératives de santé du Québec.

L'objectif de cette étude est de documenter les coopératives de santé existantes afin d'accroître les connaissances à leur sujet et de mieux suivre leur évolution. Les données recueillies dans le présent questionnaire seront utilisées par les trois partenaires au dossier, à savoir le Conseil, la Fédération et le Ministère du développement économique, de l'innovation et de l'exportation. Les informations obtenues demeureront confidentielles et ne serviront qu'à des fins d'appui au développement de l'ensemble des coopératives de santé. Le traitement des données sera réalisé par Patrice Leblanc, professeur chercheur à l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue dans le cadre de l'Alliance de recherche université-communauté «Développement territorial et coopération».

Nous vous demandons donc de remplir le questionnaire qui suit et de nous le retourner dans les meilleurs délais. Vous serez contacté sous peu pour un entretien téléphonique visant à compléter et clarifier vos réponses ainsi qu'à recueillir vos commentaires.

Si vous avez des interrogations concernant le questionnaire, n'hésitez pas à contacter Olivier Étienne, chargé de projet à la Fédération par courriel à olivier.etienne@fcsdsq.coop ou par téléphone au 418-837-8882 poste 224.

Nous vous remercions pour votre précieuse collaboration à cette étude.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, nos salutations distinguées.



Hélène Simard
Présidente-directrice générale ;
Conseil québécois de la coopération et de la mutualité



J. Benoit Caron
Directeur général ;
Fédération des coopératives de services à domicile et de santé du Québec

¹⁸ Ci-après le Conseil

¹⁹ Ci-après la Fédération

Portrait des coopératives de santé – Automne 2008

Consignes pour compléter ce formulaire

- Répondez dans les espaces prévus seulement, une section commentaires est réservée à la fin du questionnaire pour toutes précisions nécessaires ;
- Remplir ce questionnaire devrait nécessiter environ une heure de votre temps et le recours à plusieurs sources d'information sur votre coopérative ;
- Les données recueillies seront traitées de façon confidentielle.

Identification de la coopérative

Nom : _____

Adresse civique : _____

Adresse postale : _____

Téléphone : _____

Télécopieur : _____

Courriel : _____

Site Internet : _____

Identification de la personne contact de votre conseil d'administration

Prénom : _____

Nom : _____

Fonction : _____

Téléphone : _____

Courriel : _____

Identification de la personne responsable des opérations de votre coopérative

Prénom : _____

Nom : _____

Fonction : _____

Téléphone : _____

Courriel : _____

Ce questionnaire est complété par : _____

1. Historique

- 1.1. Date de constitution de la coopérative : _____
- 1.2. Date du début des opérations de la coopérative (la première journée où les services ont été rendus par la coopérative) : _____
- 1.3. Origine du service : Relève d'une clinique privée en voie de fermeture
 Remplacement d'une clinique privée fermé
 Nouveau service qui n'existait pas
 Autre, précisez _____
- 1.4. Qui ont été les principaux leaders et promoteurs du projet? (citoyens et organisations)

Nom	Décrivez sa contribution	Est-il rattaché à une organisation ? Si oui laquelle ?	Quelle est sa fonction dans son organisation?	Est-il mandaté par cette organisation?
				Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
				Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
				Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
				Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
				Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

2. Description de la structure coopérative

- 2.1. Catégorie de coopérative :
 Producteurs Consommateurs Solidarité Travailleurs
- 2.2. La coopérative est-elle assimilée à organisme sans but lucratif du point de vu fiscal (par le ministère du revenu)?
 Oui Non
- 2.3. La coopérative attribue-t-elle des ristournes?
 Oui Non
- 2.4. La coopérative verse-t-elle des intérêts sur les parts privilégiées?
 Oui Non

3. Profil du conseil d'administration

- 3.1. Nombre d'administrateurs : _____
- 3.2. Nombre de postes vacants : _____
- 3.3. Nombre d'homme : _____
- 3.4. Nombre de femmes : _____
- 3.5. Nombre de jeunes (- de 35 ans) : _____
- 3.6. Nombre de membres d'une minorité culturelle : _____

- 3.7. Les professionnels de la santé peuvent-ils être administrateurs? Oui Non
- 3.8. Si oui, combien ? _____
- 3.9. Si non, peuvent-ils assister au conseil d'administration ? Oui Non

4. Profil des membres

4.1. Veuillez détailler le profil de différentes catégories de membres.

Précisez la catégorie de membres (soutien, utilisateur, travailleur) ou non-membre	Nombre de membres		Valeur d'une part de qualification	Montant de la contribution annuelle (cotisation)
	Au début des opérations	Actuel (octobre 2008)		
Clients adultes				
Clients mineurs				
Professionnels de la santé / médecins non rémunérés par la coopérative				
Employés de la coopérative				
Organisations publiques				
Autres organisations et entreprises				
Autre :				

- 4.2. Les familles ont-elles accès à une cotisation familiale ? Oui Non
- 4.3. Si oui, quelle est sa valeur ? _____
- 4.4. Les professionnels de la santé œuvrant dans votre coopérative peuvent-ils être membres? Oui Non
- 4.5. Quels sont les avantages à être membres de votre coopérative? _____
- 4.6. Quels moyens prenez-vous pour susciter l'implication bénévole de vos membres dans votre coopérative? _____
- 4.7. Certaines activités de la coopérative sont-elles soutenues par du travail bénévole? Oui Non
- 4.8. Si oui, lesquelles ? _____
- 4.9. Combien de bénévoles sont impliqués? _____

5. Profil de la clientèle

- 5.1. Nombre de dossiers Membres : _____
Membres auxiliaires : _____
Non-membres : _____
- 5.2. Est-ce que votre coopérative opère dans plusieurs points de service? Oui Non
- 5.3. Si oui, combien de points de service ? _____
- 5.4. Bassin de population couvert par la coopérative : _____
- 5.5. Quelles municipalités sont couvertes par les services de votre coopérative : _____
- 5.6. Principal centre urbain à proximité de votre coopérative : _____
- 5.7. Distance entre ce centre et la coopérative : _____
- 5.8. La clientèle varie-t-elle selon les saisons (nombre et type) ? Oui Non
- 5.9. Si oui, expliquez et précisez : _____

6. Profil du personnel administratif

Personnel administratif	Coordonnateur des activités médicales	Coordonnateur administratif	Autre personnel, précisez	
Est-ce qu'il s'occupe :				
du recrutement des médecins ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
du recrutement des membres ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
des activités de prévention ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
de la planification des services de soin ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
des représentations auprès du réseau de la santé ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
d'autres tâches particulières ? Précisez.				
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Nombre d'heures par semaine ?				

- 6.1. La coordination des activités médicales et de l'administration est-elle prise en charge par la même personne ? Oui Non

7. Profil des médecins et professionnels de la santé

7.1. Pour chacun des médecins et professionnels de la santé exerçant dans votre coopérative, veuillez nous fournir les informations suivantes.

Profession, spécialité	Habite-t-il la municipalité de votre coopérative ?	Âge	Genre	Nombre d'années de pratique dans le milieu de la santé	Nombre de mois de pratique au sein de votre coopérative
Médecins	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		
Infirmières					
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		
Autres professionnels					
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		

7.2. Quels moyens avez-vous pris ou prenez-vous pour le recrutement des médecins? _____

7.3. Selon vous, combien de médecins seraient souhaitables pour votre coopérative ?

	Nombre de postes	de	Nombre d'heures par poste
Total			

7.4. Est-ce que la coopérative est liée par des contrats avec les médecins? Oui Non

8. Panier de services

8.1. Pour chacun des services aux clients, indiquez si celui-ci est accessible via la coopérative, dans la municipalité et / ou dans un rayon de 50 km.

Services	Disponible via la coopérative	Disponible dans la municipalité	Disponible dans un rayon de 50 km
Consultation sur rendez-vous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consultation sans rendez-vous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Services d'urgence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Services de soins infirmiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chiropraxie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Massothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nutrition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Physiothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accompagnement des parents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Club de marche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pharmacie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transport adapté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres, précisez :			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8.2. Y-a-t'il des frais pour les non-membres qui utilisent les services de votre coopérative (ouverture de dossier, prise de sang, etc.) ? Oui Non

8.3. Si oui, pour quels services ? _____

8.4. Quels services comptez-vous développer à moyen terme ? _____

- 8.5. Avez-vous une philosophie d'action centrée sur une approche globale et citoyenne de la santé ? Oui Non

9. Profil financier

- 9.1. Coût du projet au démarrage : _____
- 9.2. Bâtiment : Location Bail emphytéotique Achat Construction Autres _____
- 9.3. S'il s'agit d'une construction, le terrain a fait l'objet d'un :
Bail emphytéotique Achat Don Autres _____
- 9.4. Veuillez détailler les sources de financement et de soutien au démarrage et aux opérations.

	Financement au démarrage (\$)	Financement aux opérations (\$ / an)	Soutien autre que financier (services, tarifs préférentiels, aide technique, etc.)
Investissement total des membres			
Municipalités			
MRC			
Caisses populaires			
CLD			
CLE			
CDR			
SADC			
Investissement Québec			
Fondations			
Dons privés			
CSSS			
Autres, précisez :			

- 9.5. Veuillez détailler ces éléments de votre bilan financier.

Années	Première année d'opération ()	Dernière année complétée ()	Prochaine année ()
Revenus totaux			
Revenus de contributions annuelles			
Revenus de subventions			
Excédent / déficit			

10. Environnement d'affaire

- 10.1. Est-ce que la coopérative est un GMF? Oui Non

10.2. Si non, souhaiterait-elle le devenir? Oui Non

10.3. Avez-vous une entente avec votre CSSS ? Oui Non

10.4. Si oui, de quel type ? _____

10.5. Quelle est la qualité de vos relations avec votre CSSS?

Très bonne Bonne Moyenne Mauvaise

10.6. Quelle est la qualité de vos relations avec votre municipalité?

Très bonne Bonne Moyenne Mauvaise

10.7. Êtes-vous membre de la Fédération des coopératives de services

à domicile et de santé du Québec ? Oui Non

10.8. Si non, prévoyez-vous devenir membre ultérieurement? Oui Non

10.9. Êtes-vous membres d'autres organisations ? Oui Non

10.10. Si oui, lesquelles ? _____

11. Perspective d'avenir

11.1. De quel soutien votre coopérative aurait-elle besoin ? _____

12. **Commentaires :** _____

Publications de l'ARUC-Développement territorial et coopération

Série « Recherches »

- REC-01-2008 ARUC – Développement territorial et coopération (2008), *Programme préliminaire de recherche*, Cahiers de l'ARUC – Développement territorial et coopération, Série «Recherches» n° 1, septembre 2008, 32 pages.
- REC-02-2008 FAVREAU, L. (2008), *Coopératives et développement durable et solidaire des territoires : éléments d'une problématique*, Cahiers de l'ARUC – Développement territorial et coopération, Série «Recherches» n° 2, septembre 2008, 42 pages.
- REC-03-2008 BRASSARD, M.J. et M. ARTEAU (2008), *Coopératisme et développement territorial : quels liens?*, Cahiers de l'ARUC – Développement territorial et coopération, Série «Recherches» n° 3, septembre 2008, 30 pages.
- REC-04-2009 FAVREAU, L. (2009), *Développement des territoires, entreprises collectives et politiques publiques : Le bilan québécois de la dernière décennie*, Cahiers de l'ARUC – Développement territorial et coopération, Série «Recherches» n° 4, mai 2009, 24 pages.
- REC-05-2009 BRASSARD, M.J., LEBLANC, P. et O. ETIENNE (2009), *Les coopératives de santé au Québec : du consommateur à l'acteur !* Cahiers de l'ARUC – Développement territorial et coopération, Série «Recherche» numéro 5, 46 pages.

Série « Études »

- ETU-01-2009 CHEVRIER, H. (dir.). *L'expérience coopérative en milieu insulaire*. Actes du Forum sur la coopération tenu les 22 et 23 mai 2008 aux Îles-de-la-Madeleine (Québec) précédés d'extraits du rapport de recherche. Îles-de-la-Madeleine (CERMIM) et Rimouski (ARUC-DTC) : Cahiers de l'ARUC - Développement territorial et coopération, Série « Études » n° 1, janvier 2009; vi, 99 pages.
- ETU-02-2008 MCSWEEN, N. et L. FAVREAU (2008), *La contribution du commerce équitable au Burkina Faso : l'apport des organisations de type coopératif*, Cahiers de l'ARUC – Développement territorial et coopération, Série «Recherches» n° 4, Décembre 2008, 26 pages.

Série « Conférences »

- CON-01-2008 ARUC – Développement territorial et coopération (2008), *Compte rendu du séminaire de lancement*, Cahiers de l'ARUC – Développement territorial et coopération, Série «Conférences» n° 1, septembre 2008, 36 pages.
- CON-02-2009 Collectif (2009), *Intervention et développement des communautés : enjeux, défis et pratiques novatrices*. Actes du colloque tenu dans le cadre du 76e congrès de l'ACFAS, sous la direction de Comeau Y. Cahiers de l'ARUC – Développement territorial et coopération, Série «Conférences» numéro 2, janvier 2009, 126 pages.
- CON-03-2009 BRASSARD, M.J. (2009), *Gouvernance territoriale et processus d'innovation sociale : l'exemple des coopératives*, Cahiers de l'ARUC – Développement territorial et coopération, Série «Conférences» n° 3, mai 2009, 22 pages.

Série « Débats et propositions »

Pour nous joindre :

Alliance de recherche universités-communautés
Développement territorial et coopération (ARUC-DTC)

Université du Québec à Rimouski

300, allée des Ursulines

C.P. 3300, Succ. A

Rimouski (Québec) G5L 3A1

(418) 723-1986 poste 1247

aruc-dtc@uqar.ca

<http://aruc-dtc.uqar.qc.ca>