

CHAIRE de coopération
Guy-Bernier

ESG UQÀM



**ÉTAT DE LA DISPONIBILITÉ
DES SERVICES DE SANTÉ AU
QUÉBEC
UNE RÉFLEXION SUR LA
CONTRIBUTION DE MODÈLES
D'ENTREPRISES COLLECTIVES À
UN VIRAGE SANTÉ PAR ET POUR
LES CITOYENS**

PAR

Jean-Pierre Girard

No 0197-081

La Chaire de coopération Guy-Bernier de l'Université du Québec à Montréal a été fondée en 1987 grâce à une contribution financière de la Fédération des caisses populaires Desjardins de Montréal et de l'Ouest-du-Québec, contribution qui a été renouvelée en 1992 et 1995 et de la Fondation UQAM.

La mission de la Chaire consiste à susciter et à promouvoir la réflexion et l'échange sur la problématique coopérative dans une société soumise à des modifications diverses et parfois profondes de l'environnement économique, social et démographique. La réflexion porte autant sur les valeurs, les principes, le discours que sur les pratiques coopératives. Les véhicules utilisés par la Chaire de coopération Guy-Bernier pour s'acquitter de sa mission, sont: la recherche, la formation, la diffusion et l'intervention conseil auprès des coopérateurs et coopératrices des divers secteurs.

Au plan de la recherche, les thèmes généraux, jusqu'à présent privilégiés, portent sur -les valeurs coopératives, et le changement social -les rapports organisationnels et la coopération -les aspects particuliers de la croissance des caisses populaires -les coopératives dans les pays en voie de développement. Une attention particulière est portée depuis quelques années au secteur du travail, à celui des services sociosanitaires ainsi qu'au micro-crédit et tout récemment au commerce équitable et à l'évaluation des entreprises n'ayant pas le profit comme objectif.

Au plan de la formation, l'action s'effectue dans deux directions : - au niveau universitaire, par l'élaboration de cours spécifiques sur la coopération et par l'attribution de bourses pour la rédaction de mémoires et de thèses ayant un thème coopératif; tout récemment, la Chaire a formé un partenariat avec la Chaire Seagram sur les organismes à but non lucratif et le département d'organisation et ressources humaines de l'École des sciences de la gestion de l'UQAM pour démarrer, en septembre 2000, un programme de MBA pour cadres spécialisé en entreprises collectives - au niveau du terrain, en répondant à des demandes du milieu pour l'élaboration de matériel didactique et de programmes de formation spécifique.

Les résultats des travaux de recherche sont diffusés dans des cahiers de recherche qui parfois, sont des publications conjointes avec des partenaires. La Chaire organise aussi des colloques, séminaires et conférences.

L'activité d'intervention-conseil prend des formes variées : conférences, session d'information, démarche d'accompagnement en diagnostic organisationnel, en planification stratégique.

La Chaire entretient des activités au plan international en offrant des services de formation, d'organisation et de supervision de stages, de développement et d'évaluation de projet sur une base ponctuelle et institutionnelle, notamment auprès des pays de l'Afrique francophone. La Chaire a ainsi développé une collaboration privilégiée avec l'Université internationale de langue française au service du développement africain, l'Université Senghor. Des missions d'études et d'échanges sont aussi menées régulièrement dans d'autres pays : en Guinée, au Brésil, au Viêt-Nam, en Haïti et dans divers pays d'Europe surtout en France, Italie, Espagne et Belgique.

Chaire de coopération Guy-Bernier Mauro-F. Malservisi, titulaire Université du Québec à Montréal C. P. 8888, succ. « Centre-Ville » Montréal, Québec, H3C 3P8	Téléphone : 514-987-8566 Télécopieur : 514-987-8564 Adresse électronique : chaire.coop@uqam.ca Site : http://www.chaire-ccgb.uqam.ca/
---	---

État de la disponibilité des services de santé au Québec

La situation dans les villes de 1 000 à 10 000 habitants

Résultats d'un sondage réalisé auprès des municipalités à l'été 1996

et

Une réflexion sur la contribution de modèles d'entreprises collectives à un
virage santé par et pour les citoyens

Coordination, analyse, rédaction : Jean-Pierre Girard
Compilation, présentation graphique : Patrick Campeau
Collaboration : Lucie Vaillancourt, Anne-Marie Bhéreur

© Chaire de coopération Guy-Bernier,
Université du Québec à Montréal
Janvier 1997

Table des matières

Résumé	i
Présentation de la démarche	1
Notes méthodologiques	2
Les résultats	4
Commentaires	7
Un choix «santé» pour le Québec	8
Références	12
ANNEXES	14
ANNEXE A : Tableaux	15
ANNEXE B : Le questionnaire	34
ANNEXE C : Le concept d'entreprise collective (économie sociale) dans le domaine de la santé	37
ANNEXE D : Exemples de la contribution d'entreprises collectives dans le champ de la santé au Québec	40

Liste des tableaux

Tableau 1	Portrait global par tranches de population	4
Tableau 2	Portrait global par région	6

Liste des tableaux de l'ANNEXE A

Tableau 3	Profil par région : Bas-St-Laurent 01	1
Tableau 4	Profil par région : Saguenay Lac St-Jean 02	2
Tableau 5	Profil par région : Québec 03	3
Tableau 6	Profil par région : Mauricie Bois-Francs 04	4
Tableau 7	Profil par région : Estrie 05	5
Tableau 8	Profil par région : Montréal 06	6
Tableau 9	Profil par région : Outaouais 07	7
Tableau 10	Profil par région : Abitibi-Témiscamingue 08	8
Tableau 11	Profil par région : Côte-Nord 09	9
Tableau 12	Profil par région : Nord-du-Québec 10	10
Tableau 13	Profil par région : Gaspésie - Îles-de-la-Madeleine 11	11
Tableau 14	Profil par région : Chaudière-Appalaches 12	12
Tableau 15	Profil par région : Laval 13	13
Tableau 16	Profil par région : Lanaudière 14	14
Tableau 17	Profil par région : Laurentides 15	15
Tableau 18	Profil par région : Montérégie 16	16
Tableau 19	Compilation des régions	17
Tableau 20	Nature des services de santé disponibles	18

Résumé

Ce rapport présente les résultats d'un sondage réalisé à l'été 1996 auprès des municipalités du Québec dans le but de connaître l'état de la disponibilité des services de santé dans les villes ayant de 1 000 à 10 000 habitants. On y engage aussi une réflexion sur la contribution d'entreprises collectives comme élément facilitant un véritable virage dans le domaine de la santé axé sur la disponibilité, l'accessibilité et la responsabilisation des acteurs.

S'inscrivant dans les activités préparatoires du groupe de travail sur l'économie sociale pour le sommet socio-économique du gouvernement du Québec se tenant à l'automne 1996, ce sondage nous apprend qu'en date de la fin de l'été de 1996, il y avait environ 125 municipalités ayant entre 1 000 et 10 000 habitants dépourvues de services de santé dans un rayon de 8 kilomètres et que dans un horizon de deux à trois ans, 30 autres municipalités actuellement desservies par des services de santé s'attendaient «fort probablement» à se retrouver dans une situation de pénurie. Près de 115 municipalités additionnelles évaluaient «possible» l'hypothèse d'être aussi privées de services dans la même période.

Selon les réponses obtenues, ce serait les régions de la Mauricie/Bois-Francs, de la Montérégie et de l'Abitibi-Témiscamingue qui seraient les plus touchées par cette absence de services de santé dans les municipalités du groupe cible.

Dans le contexte où l'État diminue le nombre de points de services dans le domaine de la santé et où l'entreprise à but lucratif ne voit pas d'intérêt à structurer une offre dans des marchés perçus plus ou moins rentables, il y a place à l'innovation pour assurer la présence de services de santé. C'est ce que nous semble proposer des entreprises collectives du type de la coopérative de services de santé de St-Étienne-des-Grès en Mauricie. Une formule d'organisation régie par des règles démocratiques, qui concilie la participation et l'implication des citoyens, des professionnels de la santé et des organismes du milieu partageant des préoccupations sur la qualité de vie, et, élément non négligeable, un modèle d'entreprise n'occasionnant aucun déboursé supplémentaire à l'État.

Présentation de la démarche

Au cours du printemps 1996, nous avons participé aux travaux du groupe de travail sur l'économie sociale dans le cadre du chantier sur l'économie et l'emploi. Ces démarches, comme celles d'autres groupes, préparaient le sommet socio-économique du gouvernement du Québec prévu pour l'automne de cette année. À titre de responsable du dossier de la santé, nous devions démontrer l'existence de besoins en terme de création d'emplois dans ce domaine par la formule d'entreprises de l'économie sociale. Compte tenu des contraintes de temps et de ressources, nous avons dû limiter nos prospections. Outre l'illustration de quelques exemples de la contribution de ces entreprises dans le champ de la santé (voir annexe), nous nous sommes restreints à faire une seule démonstration.

Notre démarche fut la suivante. Au fait de la création à l'hiver 1995 d'une coopérative de services de santé dans la localité de St-Étienne-des-Grès en Mauricie (voir présentation du cas en annexe), nous avons formulé l'hypothèse **qu'il existe au Québec plusieurs cas semblables à la situation de St-Étienne c'est-à-dire des municipalités ayant entre 1 000 et 10 000 habitants qui sont privées ou qui seront éventuellement privées de services de santé dans un certain rayon.**

Plusieurs observations étaient à la base de cette hypothèse : dans le cadre des importantes restrictions budgétaires de l'État québécois, la difficulté croissante pour des organismes publics intervenants en santé tels CLSC et hôpitaux d'assurer un accès à leurs services dans de multiples lieux. Pour nous, les restrictions veulent dire, entre autres, rationalisation des effectifs, concentration des services.

Par ailleurs, stimulés par une logique de marché (demande satisfaisante), les promoteurs de cliniques privées, principalement des médecins, ne s'intéressent pas à ces municipalités. Soit que le bassin de clients ne semble pas satisfaisant, que la localisation n'attire pas, que les dispositions réglementaires soient contraignantes ou une combinaison de ces facteurs.

Nous pouvons aussi croire que les jeunes médecins qui sortent des facultés sont moins tentés d'investir des sommes significatives dans de nouveaux équipements onéreux tels que l'exige l'implantation d'une clinique. Leurs aînés occupent les places intéressantes et contrairement à la situation de pénurie de médecins du Québec des années quarante et cinquante, nous présentons actuellement un des ratios médecins/population les plus élevés au monde, soit à l'échelle du Canada en 1993, de 1/460 habitants (Angus, Auer : 1995).

Pour valider notre hypothèse de carences dans la disponibilité de services de santé, nous avons donc décidé de consulter les municipalités du Québec. Ce qui fut fait à l'été 1996 grâce à la précieuse collaboration de l'Union des municipalités régionales de comté et des municipalités locales du Québec (UMRCQ).

Notes méthodologiques

Un court questionnaire de deux pages fut préparé, accompagné d'une lettre d'explication. Pour les besoins de l'exercice, nous avons limité notre définition des services de santé à la conception traditionnelle de services de santé en l'occurrence la présence d'un cabinet de médecins, d'une polyclinique, d'un CLSC ou d'un point de services et d'un hôpital.

Le questionnaire se divisait en trois parties :

- L'identification du ou de la répondante (élu(e) ou employé(e))
- L'identification de la municipalité en terme de :
 - nom
 - nombre d'habitants
 - région administrative d'appartenance¹
- L'état des services de santé sur le territoire

Cette dernière rubrique traitait de différentes questions avec des options qui renvoyaient à d'autres choix (voir le questionnaire en annexe). Dans un premier temps, nous voulions savoir s'il existait ou non des services de santé dans un rayon de 8 kilomètres et si oui quelle en était la nature.

Par la suite, pour les réponses affirmatives, nous demandions si on prévoyait manquer de ces ressources dans un horizon de deux à trois ans. Dans la positive, on demandait si des mesures étaient envisagées et le cas échéant, de les préciser. Enfin s'il n'existait aucune ressource dans la municipalité, nous demandions aux répondants d'indiquer si des mesures étaient prévues pour pallier à la carence et si oui de quelles natures elles étaient.

¹ Un petit oubli s'est glissé dans la liste des régions. La région de l'Outaouais n'a pas été mentionnée. Devant cette omission, nous avons été avertis que des municipalités de ce territoire ne répondraient pas au questionnaire.

Le questionnaire fut donc adressé aux municipalités selon la liste d'envoi de l'UMRCQ. L'Union a expédié ce questionnaire avec d'autres correspondances à **l'ensemble des municipalités**. Pour les besoins de notre enquête nous n'avons retenu que les municipalités ayant une fourchette de 1 000 à 10 000 habitants. En deçà de ce nombre, il nous apparaissait peu évident de viabiliser une entreprise. Quant aux municipalités de plus de 10 000 habitants, nous avons présumé de la disponibilité de services. L'information reçue depuis, nous amènerait à nuancer cette dernière hypothèse, des quartiers défavorisés en milieu urbain pouvant se trouver en situation de pénurie des services de santé².

Les réponses pouvaient nous parvenir par courrier ou par télécopieur. Les résultats ont été compilés par tranche de population et par région administrative.

² Particulièrement quand l'on cherche à faire appel à des cliniques privées pour satisfaire la demande 7 jours semaine. Voir le cas de la pénurie de ces services dans des quartiers centraux de la ville de Québec (Fleury: 1996).

Les résultats

Tel qu'on le constate dans le Tableau 1, eu égard à notre clientèle cible (villes de 1 000 à 10 000 habitants), nous avons enregistré un taux de réponses de 40% ou si l'on préfère, 267 municipalités sur un potentiel de 669 (données de 1991), ce que nous évaluons comme fort satisfaisant. De ces répondants, 18,7% ou 50 municipalités se disent actuellement sans services et 4,5% ou 12 municipalités qui ont des services à l'heure actuelle prévoient «fort probablement» manquer de services dans un horizon de 2 à 3 ans.

Pour obtenir un chiffre nous permettant une appréciation globale, nous avons procédé par extrapolation, soit par rapport au nombre total de municipalités au Québec. Nous obtenons donc, **125 municipalités qui n'auraient aucun service de santé dans un rayon de 8 kilomètres et 30 autres, qui ont actuellement des services, prévoient «fort probablement» en manquer dans un horizon de 2 à 3 ans.** Si l'on intègre celles ayant répondu «peut-être» à l'hypothèse d'un manque de services dans le même espace temps, nous obtenons **115 municipalités supplémentaires.**

Tableau 1 Portrait global par tranches de population

ÉTAT DE LA DISPONIBILITÉ DES SERVICES DE SANTÉ AU QUÉBEC
La situation dans les villes de 1 000 à 10 000 habitants
Été 1996

Nombre d'habitants	Nombre de répondants (nb total de municipalités, 1991)	Sans services ¹	Municipalités prévoyant fort probablement manquer de services ²	Municipalités prévoyant peut-être manquer de services ²
1 - 3 000	192 (481)	41	6	33
3 - 5 000	45 (116)	5	4	5
5 - 7 500	22	2	1	7
	} = (72)			
7,5 - 10 000	8	2	1	1
Total	267 (669) (39,9%)	50 (18,7%)	12 (4,5%)	46 (16,8%)
Total extrapolé		125	30	115

¹ Dans un rayon de 8 kilomètres (md, polyclinique, CLSC, point de services CLSC, hôpital).

² Dans un horizon de deux - trois ans.

On apprend en consultant les Tableaux 3 à 19 portant sur les portraits régionaux, qu'une majorité des municipalités privées de services n'ont pas envisagé de mesures pour combler cette lacune. Du côté des municipalités prévoyant «fort probablement» manquer de services sur une période de deux à trois ans, la moitié n'envisagent aucune mesure pour combler ce vide.

On ne s'étonnera pas de constater que c'est la cohorte des municipalités de 1 000 à 3 000 habitants qui présente les besoins les plus importants. La demande de services étant, en principe³, plus forte dans les tranches de population supérieures, donc des lieux où l'on retrouve des facilités d'offre de soins, soit de la part de l'État et de la part des entreprises à but lucratif.

Sur le plan régional, les résultats du Tableau 2 nous indiquent que selon les résultats recueillis, ce sont les régions de la Mauricie/Bois-Francis, de l'Abitibi-Témiscamingue et de la Montérégie qui présentent le ratio le plus important d'absence de services de santé en fonction des répondants⁴. L'inclusion dans ces résultats des prévisions de manque «fort probable» ou «possible» de services indique qu'entre ces trois régions, c'est celle de la Mauricie/Bois-Francis qui est la plus dépourvue.

Ainsi, dans cette région, sur 36 répondants, 11 municipalités sont actuellement sans services, 2 autres prévoient «fort probablement» l'être dans une période de 2 à 3 ans et 7 autres répondent «peut-être». Donc plus de 30% des municipalités répondantes de cette région n'ont pas de services de santé. L'addition des municipalités prévoyant un manque d'ici 2 à 3 ans (fort probable et possible) nous amène à une proportion supérieure à 50% des répondants.

Du côté de l'Abitibi-Témiscamingue et de la Montérégie, en terme de pourcentage de municipalités répondantes privées de services de santé, on obtient respectivement 30% et 28%. Les prévisions de manque «fort probable» ou «possible» de services dans un horizon de 2 à 3 ans n'ont cependant pas le poids des répondants de la région de la Mauricie/Bois-Francis.

³ Plusieurs variables pouvant exercer une incidence sur ce sujet tels la localisation, le niveau de richesse moyen de la population et la répartition de cette richesse, la présence d'activités socio-économiques structurantes, etc..

⁴ En retenant le seuil de 10 répondants au minimum.

Tableau 2 Portrait global par région

ÉTAT DE LA DISPONIBILITÉ DES SERVICES DE SANTÉ AU QUÉBEC
La situation dans les villes de 1 000 à 10 000 habitants
Été 1996

Région ¹	Nombre de répondants	Sans services ²	Municipalités prévoyant fort probablement manquer de services ³	Municipalités prévoyant peut-être manquer de services
Bas St-Laurent	29	4	2	7
Saguenay - Lac St-Jean	14	2	1	7
Québec	19	3	1	4
Mauricie/Bois-Francs	36	11	2	7
Estrie	15	2	1	1
Montréal	2	0	0	0
Outaouais	5	2	0	1
Abitibi-Témiscamingue	10	3	0	2
Côte-Nord	1	1	0	0
Nord-du-Québec	1	0	1	0
Gaspésie, Îles-de-la-Madeleine	10	0	0	0
Chaudière-Appalaches	30	1	1	2
Laval	0	0	0	0
Lanaudière	22	2	3	1
Laurentides	20	4	0	6
Montréal	53	15	0	8
Total	267	50	12	46

¹ Les régions indiquées en gras = ratio le plus important de besoins en fonction des répondants (10 ou plus).

² Dans un rayon de 8 kilomètres (md, polyclinique, CLSC, point de services CLSC, hôpital).

³ Dans un horizon de deux - trois ans.

Commentaires

De façon globale, ces résultats ne doivent pas nous laisser indifférents, loin de là. Les coupures des services de santé -- notamment par une disponibilité réduite -- arrivent à un moment où une partie importante de la population voit sa santé décliner, en l'occurrence les premières cohortes de la génération des "baby-boomer" (Foot, 1996 : 69). Les besoins en matière de services de santé de cette génération de l'après-guerre ne peuvent donc que se développer significativement. Comme on assiste à une augmentation de l'espérance de vie, ces besoins vont s'étaler sur plusieurs années.

Qui dit vieillissement, dit également, mobilité réduite donc plus grande difficulté d'accéder à des ressources. La question de la disponibilité, de la proximité des services ne peut être sous-estimée.

Statistiques Canada a reconnu dans le cadre d'une récente étude sur l'espérance de vie des Canadiens, que la proximité des services de santé est un des facteurs clés qui explique pourquoi au Canada, les gens de milieux urbains ont une espérance de vie plus longue que ceux des régions rurales (Presse canadienne, 1997).

Nous retenons également de nos discussions avec divers élus municipaux, que l'absence de services de santé nuit à la structuration du milieu de vie. Comme les gens doivent se déplacer continuellement pour avoir accès aux services, le sentiment d'appartenance à son village, à sa municipalité est moins développé, il y a moins d'habitudes de consommation des services offerts sur place.

Quant à la problématique régionale, si on exclut le cas de l'Abitibi-Témiscamingue, il peut sembler surprenant de constater que ce sont deux régions dans l'axe Montréal/Québec qui affichent les résultats les plus élevés en terme d'absence de services de santé. Ceci conduit à nuancer la perception que ce sont des régions plus distantes de cet axe qui ont les plus grands besoins, qui souffrent de carences de services.

Nous n'avons pas d'explications «scientifiques» à cette situation. Peut-être que l'habitude du déplacement intrarégional de ces populations serait plus développée, des villes de moyennes importances généralement équipées des infrastructures de santé nécessaires, se trouvant fréquemment dans un rayon de 20 à 25 kilomètres. Ce sujet mériterait d'être exploré plus à fond dans une recherche ultérieure.

Un choix «santé» pour le Québec

Les changements, les bouleversements diront certains, que vit depuis quelques années le Québec dans le domaine de l'organisation des soins de santé en surprennent plusieurs. Mais le virage était inévitable. Notre société n'a plus les moyens d'assumer les coûts d'un système basé sur la déresponsabilisation des principaux protagonistes, les producteurs des services et les consommateurs -- par le mode de rémunération, le premier est porté à stimuler la consommation, alors que devant l'absence de connaissance de coûts, le second ne voit pas de frein à sa consommation -- sans parler du développement d'un gigantesque appareil technobureaucratique. En même temps, certains dogmes sont toujours tenaces, tel celui de croire que plus on investit dans la santé, meilleur sera le bilan sociosanitaire⁵, ou celui de penser que ce sont les urgences d'hôpitaux qui sont les plus efficaces pour répondre aux besoins de consultation de première ligne, aussi bénins soient les motifs de consultation.

Si incontournables soient-elles, ces coupures n'ont cependant pas toutes la même portée. Dans certains cas, les résultats de ce sondage tendent à le démontrer, cela signifie la fermeture de points de services en matière de santé pour des populations. Faut-il attendre des jours meilleurs alors que, devant l'ampleur des prochaines restrictions budgétaires (objectif déficit 0 pour l'an 2 000), personne ne peut vraiment prédire avec certitude l'état des services de santé dans 4 ans. En fait, il y a de fortes probabilités pour que les services offerts directement par l'État soient moins nombreux, que cela puisse prendre la forme *d'un transfert progressif des dépenses de santé du secteur public au secteur privé, de déassurances sélectives et de contributions financières des usagers* (Bergeron, Gagnon : 1994). Nous pouvons raisonnablement croire qu'en l'absence d'initiatives provenant de milieux privés ou éventuellement privés de services de santé, le portrait se dégageant de ce sondage ne pourrait, dans les prochaines années, que prendre des tons plus sombres.

Entre tous, l'attitude du *"wait and see"* ne semble donc pas appropriée si on veut garder un certain dynamisme dans ces municipalités. Les spécialistes du développement local l'ont démontré, la *recette des villages prospères* repose sur le *leadership, l'entrepreneuriat et les initiatives locales* (Boudreau : 1996). Il faut éviter l'attitude d'attendre une hypothétique intervention externe.

⁵ Le cas du Japon est fort instructif à ce propos. Avec des dépenses en matière de santé d'environ 6,5% du PIB, ce pays présente un bilan sociosanitaire nettement supérieur au Canada qui consacre 10,1% du PIB pour ce type de dépenses (Comeau, Girard:1996).

Dans cette conjoncture, nous croyons comme le suggèrent de nombreux organismes internationaux préoccupés par l'avenir des systèmes de santé⁶, qu'il y a tout lieu de favoriser le développement d'entreprises dont la *finalité est de servir leurs membres ou la collectivité plutôt que de simplement engendrer des profits et viser le rendement financier. Des organisations autonomes de l'État sur le plan de la gestion et qui ont recours à un processus de décision démocratique. Des entreprises qui défendent la primauté des personnes et du travail sur le capital dans la répartition des revenus et des surplus et qui encouragent la prise en charge des activités par ses membres et développent le sens des responsabilités individuelles et collectives* (Bélanger : 1997). Ces caractéristiques définissent une entreprise dite de l'économie sociale (voir annexe).

Ces entreprises auraient aussi comme caractéristique de favoriser une participation harmonieuse des différents professionnels de la santé. La transformation probable et souhaitable du mode de rémunération des médecins étant un élément sur lequel pourraient capitaliser ces entreprises⁷. De plus, comme le *point commun de membres de coopératives de santé est le maintien d'une santé optimale, ces entreprises ont une programmation fortement axée sur la prévention. Cette approche est aux antipodes du modèle hospitalo-curatif. La santé n'est pas le seul résultat d'une intervention médicale réussie mais elle est perçue comme déterminée par une série de facteurs dont l'animation et l'information du milieu permettent le développement de saines habitudes de vie* (Girard :1996a).

Ce choix vers un modèle d'organisation reposant sur l'initiative populaire rencontre un écho favorable dans plusieurs autres pays, notamment en Espagne et en Suède.

Ainsi en Espagne, il est intéressant d'observer que dans le contexte du désengagement des pouvoirs publics dans la prestation des services de santé, **et non dans le financement et la régulation**, certains n'hésitent pas à interpeller l'implication des coopératives car elles *servent à résoudre de manière satisfaisante certains problèmes sociaux concrets et se caractérisent par un fonctionnement démocratique, une gestion par leurs usagers et la prédominance de la finalité sociale sur le capital*. Cette formule est privilégiée à l'entreprise

⁶ Telles l'OCDE, la Banque mondiale, l'Organisation mondiale de la santé, l'ONU (Girard:1996a).

⁷ Soit le passage d'un mode de paiement à l'acte à un mode de paiement de type vacation, basé sur un nombre de patients prédéterminé. Ce système développerait chez les médecins davantage de préoccupations sur le maintien d'une bonne santé chez ses patients plutôt que d'encourager des rendez-vous à répétition (Conseil médical:1996).

capitaliste car dans ce cas, *il se produira un conflit entre les intérêts de l'entreprise, déterminés par l'obtention de bénéfices et les intérêts sociaux visant la qualité maximum et l'universalité des services* (Monzon, 1995).

En Suède, le choix des coopératives face aux entreprises mercantiles dans le domaine de la santé se justifie par *la motivation des coopérateurs à créer leurs coopératives. Quelques coopératives s'appuient sur l'idée fondamentale que les coopératives devraient avoir un rôle d'émancipation, une volonté d'améliorer les conditions de vie d'une façon ou d'une autre... De telles coopératives peuvent notamment contribuer à donner une «voix» aux clients et leur permettre d'influencer les services offerts.... Le caractère démocratique de la coopérative et le besoin d'un dialogue permanent dans ses activités quotidiennes, offrent probablement des conditions naturelles et un avantage en permettant une participation effective des clients* (Blomquist, Böök : 1995).

L'analyse du cas de la coopérative de services de santé de St-Étienne (voir annexe) et de d'autres projets en cours nous suggère l'identification de facteurs favorables au développement de ce modèle d'organisation au Québec :

- Lorsque le besoin est ressenti par un grand nombre de citoyens, il y a facilitation des démarches de mobilisation,
- l'implication de leaders locaux aide grandement les démarches -- encore faut-il éviter que le sujet devienne enjeux de velléités partisans (ex. une élection municipale) risquant ainsi de diviser les gens,
- l'appui par d'autres organismes issus ou familiers avec les règles d'entreprises de l'économie sociale, telles les coopératives de développement régional, les caisses populaires, les coopératives d'habitation milite en faveur de la réussite du projet,
- l'implication financière des individus, pensons ici à la souscription de parts contribue à développer un sentiment d'appartenance.

Les occasions de prise en charge de services de santé par la population selon une formule collective de type coopératif vont se multiplier (Girard :1996b). L'association avec les

autorités locales est une perspective intéressante. De nouvelles dispositions de la Loi sur les coopératives vont dans cette direction, c'est-à-dire le concept de la coopérative de solidarité. Ceci dit, il ne faudrait pas revenir au système prévalant avant l'étatisation des services de santé, à savoir des services variant beaucoup d'une place à l'autre selon les capacités d'interventions des municipalités (St-Pierre : 1994). Il ne faut pas faire abstraction de tout ce que l'État a mis en place depuis une trentaine d'années. Au nom du bien et des acquis collectifs, à l'instar de l'expérience espagnole, nous croyons que l'État devrait garder des responsabilités de base sur le plan du financement et de la régulation des services de santé.

Le choix d'aller dans la direction du développement d'entreprises collectives du genre des coopératives de santé s'inscrit de façon plus globale dans les transformations qui marquent notre société en cette fin de siècle. Cela contribue à définir de nouvelles règles, plus adaptées aux besoins de notre époque. Tel que le suggère le Conseil de la santé du Québec pour la préparation du forum sur le développement social, *il faut donc élargir la perspective, dépasser la vision providentialiste, et repenser les rapports entre les individus, la société civile et l'État, redéfinir notre manière de «vivre ensemble»* (Conseil de la santé : 1996).

Références

- Acopam (1996). *Mutuelles de santé en Afrique*, Solidarité Mondiale.
- Angus, D.E., L. Auer, J.E. Cloutier, T. Albert (1995). *Pour un système de soins de santé viable au Canada*, Université d'Ottawa.
- Assemblée nationale (1996). *Projet de loi no 90 Loi modifiant la Loi sur les coopératives afin de permettre la constitution de coopératives de solidarité*, Éditeur officiel du Québec, deuxième session, trente-cinquième législature.
- Bélanger, J.P. (1995). *Les organismes communautaires du réseau : un secteur de l'économie sociale à consolider et à développer*, Document de travail, Québec, MSSS, été.
- Bélanger, J.P. (1997). «L'économie sociale au Québec», *Interface*, vol. 18, no 1, janvier-février.
- Bergeron, P., F. Gagnon (1994). «La prise en charge étatique de la santé au Québec» dans Lemieux, V., P. Bergeron, C. Bégin, G. Bélanger (sous la direction de), *Le système de santé au Québec. Organisations, acteurs et enjeux*, Les presses de l'Université Laval.
- Blomquist, K, S.A. Böök (1995). «Les coopératives et les droits des consommateurs. Le point de vue des coopératives de consommation sur les principes coopératifs» dans Zevi, Alberto, José Luis Monzon Campos (éds) *Coopératives, marchés, principes coopératifs*, Bruxelles, Collection Ouvertures économiques, Éd. De Boeck-Wesmael.
- Boudreau, Réjean (1996). «La recette des villages prospères : leadership, entrepreneuriat et initiatives locales», *Les Affaires*, 10 août.
- Comeau, Y., J.P. Girard (1996). «Les coopératives de santé dans le monde : une pratique préventive et éducative de la santé», *Cahier de la Chaire de coopération Guy-Bernier*, no 0396-074, Université du Québec à Montréal.
- Conseil de la santé et du bien-être (1996). *Bulletin d'information*, vol. 3, no 2, novembre.
- Conseil médical du Québec (1996). «Pour un mode mixte de rémunération des médecins de 1re ligne lié à l'inscription de la population», *Avis 96-02*.
- Fleury, Robert (1996). «Le centre-ville oublié», *Le Soleil*, 7 décembre.
- Foot, David (1996). *Entre le boom et l'écho*, Boréal.
- Girard, Jean-Pierre (1996,a). «La réforme de la santé au Québec. Pourquoi pas l'option coopérative?», *Le Devoir*, 4 juillet.
- Girard, Jean-Pierre (1996,b). «Services de santé en région. Des municipalités s'impliquent dans la mise sur pied de coopératives», *Quorum*, vol. 21, no 8, décembre.
- Grammond, Stéphanie (1996). «Des occasions d'affaires se profilent dans le secteur de la santé», *Les Affaires*, 14 décembre.

Guérard, François (1996). *Histoire de la santé au Québec*, Boréal.

Lévesque, B. et M.-C. Malo (1992). «L'économie sociale au Québec : une réalité méconnue, une réalité économique importante», dans Defourny, J. et J.L. Monzon Campos (sous la direction de), *Économie sociale, entre économie capitaliste et économie publique*, CIRIEC/De Boeck Université.

Maheu-Noiseux (1989). *La démutualisation des coopératives, rapport réalisé pour le Conseil de la coopération du Québec*.

Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec (1996). *La santé et les services sociaux. Enjeux et orientations stratégiques d'un système en transformation*, octobre.

Monzon, José Luis (1995). Principes coopératifs et réalité coopérative en Espagne, dans Zevi, Alberto, José Luis Monzon Campos (éds), *Coopératives, marchés, principes coopératifs*, Bruxelles, Collection Ouvertures économiques, Ed. De Boeck-Wesmael.

Ouellet, L., M. Vallières (1986). *SSQ mutuelle d'assurance-groupe 1944-1984 l'histoire d'un succès collectif*, SSQ mutuelle d'assurance-groupe.

Presse canadienne (1997). *Vive la ville!*, *Le Devoir*, 9 janvier.

St-Pierre, Diane (1994). *L'évolution municipale du Québec des régions. Un bilan historique*, Union des municipalités régionales de comté et des municipalités locales du Québec.

ANNEXES

ANNEXE A

Tableaux

Tableau 3 Profil par région : Bas-St-Laurent 01

Nombre de municipalités sans services ayant envisagé oui ou non des mesures par tranche de population

	Nombre de municipalités participant	Nombre de municipalités sans services	Nombre de municipalités n'ayant pas envisagé de mesures	Nombre de municipalités ayant envisagé des mesures
1-3 000	22	3	3	0
3-5 000	5	1	0	1
5-7 500	2	0	0	0
7,5-10 000	0	0	0	0
Total	29	4	3	1

Nombre de municipalités avec des services prévoyant pas, peut-être ou fort probablement manquer de services et ayant oui ou non envisagé des mesures par tranche de population

	Nombre de municipalités participant	Municipalités avec des services	Municipalités ne prévoyant pas manquer de services	Municipalités prévoyant peut-être manquer de services	Municipalités prévoyant peut-être manquer de services et pas de mesures	Municipalités prévoyant peut-être manquer de services	Municipalités prévoyant fort probablement manquer de services	Municipalités prévoyant fort probablement manquer de services et pas de mesures	Municipalités prévoyant fort probablement manquer de services et mesures
1-3 000	22	19	12	6	4	2	1	1	0
3-5 000	5	4	2	1	0	1	1	1	0
5-7 500	2	2	2	0	0	0	0	0	0
7,5-10 000	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	29	25	25	16	7	4	3	2	0

Tableau 4 Profil par région : Saguenay-Lac St-Jean 02

Nombre de municipalités sans services ayant envisagé oui ou non des mesures par tranche de population

	Nombre de municipalités participant	Nombre de municipalités sans services	Nombre de municipalités n'ayant pas envisagé de mesures	Nombre de municipalités ayant envisagé des mesures
1-3 000	9	1	0	1
3-5 000	3	1	1	0
5-7 500	1	0	0	0
7,5-10 000	1	0	0	0
Total	14	2	1	1

Nombre de municipalités avec des services prévoyant pas, peut-être ou fort probablement manquer de services et ayant oui ou non envisagé des mesures par tranche de population

	Nombre de municipalités participant	Municipalités avec des services	Municipalités ne prévoyant pas manquer de services	Municipalités prévoyant être manquer de services	Municipalités prévoyant être manquer de services et pas de mesures	Municipalités prévoyant être manquer de services et mesures	Municipalités prévoyant fort probablement manquer de services	Municipalités prévoyant fort probablement manquer de services et pas de mesures	Municipalités prévoyant fort probablement manquer de services et mesures
1-3 000	9	8	2	5	4	1	1	0	1
3-5 000	3	2	1	1	0	1	0	0	0
5-7 500	1	1	1	0	0	0	0	0	0
7,5-10 000	1	1	0	1	0	1	0	0	0
Total	14	12	4	7	4	3	1	0	1

Tableau 5 Profil par région : Québec 03

Nombre de municipalités sans services ayant envisagé oui ou non des mesures par tranche de population

	Nombre de municipalités participant	Nombre de municipalités sans services	Nombre de municipalités n'ayant pas envisagé de mesures	Nombre de municipalités ayant envisagé des mesures
1-3 000	13	2	2	0
3-5 000	2	0	0	0
5-7 500	2	0	0	0
7,5-10 000	2	1	1	0
Total	19	3	3	0

Nombre de municipalités avec des services prévoyant pas, peut-être ou fort probablement manquer de services et ayant oui ou non envisagé des mesures par tranche de population

	Nombre de municipalités participant	Municipalités avec des services	Municipalités ne prévoyant pas manquer de services	Municipalités prévoyant peut-être manquer de services	Municipalités prévoyant peut-être manquer de services et pas de mesures	Municipalités prévoyant peut-être manquer de services	Municipalités prévoyant fort probablement manquer de services et pas de mesures	Municipalités prévoyant fort probablement manquer de services et mesures
1-3 000	13	11	7	3	1	2	1	1
3-5 000	2	2	2	0	0	0	0	0
5-7 500	2	2	1	1	1	0	0	0
7,5-10 000	2	1	1	0	0	0	0	0
Total	19	16	11	4	2	2	1	1

Tableau 6 Profil par région : Mauricie/Bois-Francis 04

Nombre de municipalités sans services ayant envisagé oui ou non des mesures par tranche de population

	Nombre de municipalités participant	Nombre de municipalités sans services	Nombre de municipalités n'ayant pas envisagé de mesures	Nombre de municipalités ayant envisagé des mesures
1-3 000	30	11	9	2
3-5 000	2	0	0	0
5-7 500	2	0	0	0
7,5-10 000	2	0	0	0
Total	36	11	9	2

Nombre de municipalités avec des services prévoyant pas, peut-être ou fort probablement manquer de services et ayant oui ou non envisagé des mesures par tranche de population

	Nombre de municipalités participant	Municipalités avec des services	Municipalités ne prévoyant pas manquer de services	Municipalités prévoyant peut-être manquer de services	Municipalités prévoyant peut-être manquer de services et pas de mesures	Municipalités prévoyant peut-être manquer de services et mesures	Municipalités prévoyant fort probablement manquer de services	Municipalités prévoyant fort probablement manquer de services et pas de mesures	Municipalités prévoyant fort probablement manquer de services et mesures
1-3 000	30	19	14	5	4	1	1	1	0
3-5 000	2	2	1	1	1	0	0	0	0
5-7 500	2	2	0	1	1	0	1	1	0
7,5-10 000	2	2	1	0	0	0	0	0	0
Total	36	25	16	7	6	1	2	2	0

Tableau 7 Profil par région : Estrie 05

Nombre de municipalités sans services ayant envisagé oui ou non des mesures par tranche de population

	Nombre de municipalités participant	Nombre de municipalités sans services	Nombre de municipalités n'ayant pas envisagé de mesures	Nombre de municipalités ayant envisagé des mesures
1-3 000	12	2	1	1
3-5 000	1	0	0	0
5-7 500	2	0	0	0
7,5-10 000	0	0	0	0
Total	15	2	1	1

Nombre de municipalités avec des services prévoyant pas, peut-être ou fort probablement manquer de services et ayant oui ou non envisagé des mesures par tranche de population

	Nombre de municipalités participant	Municipalités avec des services	Municipalités ne prévoyant pas manquer de services	Municipalités prévoyant peut-être manquer de services	Municipalités prévoyant peut-être manquer de services et pas de mesures	Municipalités prévoyant peut-être manquer de services et mesures	Municipalités prévoyant probablement manquer de services	Municipalités prévoyant probablement manquer de services et pas de mesures	Municipalités prévoyant probablement manquer de services et mesures
1-3 000	12	10	9	0	0	0	1	1	0
3-5 000	1	1	1	0	0	0	0	0	0
5-7 500	2	2	1	1	0	1	0	0	0
7,5-10 000	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	15	13	11	1	0	1	1	1	0

Tableau 8 Profil par région : Montréal 06

Nombre de municipalités sans services ayant envisagé oui ou non des mesures par tranche de population

	Nombre de municipalités participant	Nombre de municipalités sans services	Nombre de municipalités n'ayant pas envisagé de mesures	Nombre de municipalités ayant envisagé des mesures
1-3 000	0	0	0	0
3-5 000	1	0	0	0
5-7 500	1	0	0	0
7,5-10 000	0	0	0	0
Total	2	0	0	0

Nombre de municipalités avec des services prévoyant pas, peut-être ou fort probablement manquer de services et ayant oui ou non envisagé des mesures par tranche de population

	Nombre de municipalités participant	Municipalités avec des services	Municipalités ne prévoyant pas manquer de services	Municipalités prévoyant peut-être manquer de services	Municipalités prévoyant peut-être manquer de services et pas de mesures	Municipalités prévoyant fort probablement manquer de services	Municipalités prévoyant fort probablement manquer de services et pas de mesures	Municipalités prévoyant fort probablement manquer de services et mesures
1-3 000	0	0	0	0	0	0	0	0
3-5 000	1	1	1	0	0	0	0	0
5-7 500	1	1	1	0	0	0	0	0
7,5-10 000	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	2	2	2	0	0	0	0	0

Tableau 9 Profil par région : Outaouais 07

Nombre de municipalités sans services ayant envisagé oui ou non des mesures par tranche de population

	Nombre de municipalités participant	Nombre de municipalités sans services	Nombre de municipalités n'ayant pas envisagé de mesures	Nombre de municipalités ayant envisagé des mesures
1-3 000	4	1	1	0
3-5 000	0	0	0	0
5-7 500	0	0	0	0
7,5-10 000	1	1	1	0
Total	5	2	2	0

Nombre de municipalités avec des services prévoyant pas, peut-être ou fort probablement manquer de services et ayant oui ou non envisagé des mesures par tranche de population

	Nombre de municipalités participant	Municipalités avec des services	Municipalités ne prévoyant pas manquer de services	Municipalités prévoyant peut-être manquer de services	Municipalités prévoyant peut-être manquer de services et pas de mesures	Municipalités prévoyant peut-être manquer de services et mesures	Municipalités prévoyant fort probablement manquer de services	Municipalités prévoyant fort probablement manquer de services et pas de mesures	Municipalités prévoyant fort probablement manquer de services et mesures
1-3 000	4	3	2	1	0	1	0	0	0
3-5 000	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5-7 500	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7,5-10 000	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	4	3	2	1	0	1	0	0	0

Tableau 10 Profil par région : Abitibi-Témiscamingue 08

Nombre de municipalités sans services ayant envisagé oui ou non des mesures par tranche de population

	Nombre de municipalités participant	Nombre de municipalités sans services	Nombre de municipalités n'ayant pas envisagé de mesures	Nombre de municipalités ayant envisagé des mesures
1-3 000	6	2	1	1
3-5 000	4	1	0	1
5-7 500	0	0	0	0
7,5-10 000	0	0	0	0
Total	10	3	1	2

Nombre de municipalités avec des services prévoyant pas, peut-être ou fort probablement manquer de services et ayant oui ou non envisagé des mesures par tranche de population

	Nombre de municipalités participant	Municipalités avec des services	Municipalités ne prévoyant pas manquer de services	Municipalités prévoyant peut-être manquer de services	Municipalités prévoyant peut-être manquer de services et pas de mesures	Municipalités prévoyant peut-être manquer de services et mesures	Municipalités prévoyant fort probablement manquer de services	Municipalités prévoyant fort probablement manquer de services et pas de mesures	Municipalités prévoyant fort probablement manquer de services et mesures
1-3 000	6	4	2	2	0	2	0	0	0
3-5 000	4	3	3	0	0	0	0	0	0
5-7 500	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7,5-10 000	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	10	7	5	2	0	2	0	0	0

Tableau 11 Profil par région : Côte-Nord 09

Nombre de municipalités sans services ayant envisagé oui ou non des mesures par tranche de population

	Nombre de municipalités participant	Nombre de municipalités sans services	Nombre de municipalités n'ayant pas envisagé de mesures	Nombre de municipalités ayant envisagé des mesures
1-3 000	1	1	1	0
3-5 000	0	0	0	0
5-7 500	0	0	0	0
7,5-10 000	0	0	0	0
Total	1	1	1	0

Nombre de municipalités avec des services prévoyant pas, peut-être ou fort probablement manquer de services et ayant oui ou non envisagé des mesures par tranche de population

	Nombre de municipalités participant	Municipalités avec des services	Municipalités ne prévoyant pas manquer de services	Municipalités prévoyant peut-être manquer de services	Municipalités prévoyant peut-être manquer de services et pas de mesures	Municipalités prévoyant fort probablement manquer de services	Municipalités prévoyant fort probablement manquer de services et pas de mesures	Municipalités prévoyant fort probablement manquer de services et mesures
1-3 000	1	0	0	0	0	0	0	0
3-5 000	0	0	0	0	0	0	0	0
5-7 500	0	0	0	0	0	0	0	0
7,5-10 000	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	1	0	0	0	0	0	0	0

Tableau 12 Profil par région : Nord-du-Québec 10

Nombre de municipalités sans services ayant envisagé oui ou non des mesures par tranche de population

	Nombre de municipalités participant	Nombre de municipalités sans services	Nombre de municipalités n'ayant pas envisagé de mesures	Nombre de municipalités ayant envisagé des mesures
1-3 000	0	0	0	0
3-5 000	1	0	0	0
5-7 500	0	0	0	0
7,5-10 000	0	0	0	0
Total	1	0	0	0

Nombre de municipalités avec des services prévoyant pas, peut-être ou fort probablement manquer de services et ayant oui ou non envisagé des mesures par tranche de population

	Nombre de municipalités participant	Municipalités avec des services	Municipalités ne prévoyant pas manquer de services	Municipalités prévoyant peut-être manquer de services	Municipalités prévoyant peut-être manquer de services et pas de mesures	Municipalités prévoyant fort probablement manquer de services	Municipalités prévoyant fort probablement manquer de services et pas de mesures	Municipalités prévoyant fort probablement manquer de services et mesures
1-3 000	0	0	0	0	0	0	0	0
3-5 000	1	1	0	0	0	1	0	1
5-7 500	0	0	0	0	0	0	0	0
7,5-10 000	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	1	1	0	0	0	1	0	1

Tableau 13 Profil par région : Gaspésie, Îles-de-la-Madeleine 11

Nombre de municipalités sans services ayant envisagé oui ou non des mesures par tranche de population

	Nombre de municipalités participant	Nombre de municipalités sans services	Nombre de municipalités n'ayant pas envisagé de mesures	Nombre de municipalités ayant envisagé des mesures
1-3 000	6	0	0	0
3-5 000	3	0	0	0
5-7 500	1	0	0	0
7,5-10 000	0	0	0	0
Total	10	0	0	0

Nombre de municipalités avec des services prévoyant pas, peut-être ou fort probablement manquer de services et ayant oui ou non envisagé des mesures par tranche de population

	Nombre de municipalités participant	Municipalités avec des services	Municipalités ne prévoyant pas manquer de services	Municipalités prévoyant peut-être manquer de services	Municipalités prévoyant peut-être manquer de services et pas de mesures	Municipalités prévoyant peut-être manquer de services	Municipalités prévoyant fort probablement manquer de services et pas de mesures	Municipalités prévoyant fort probablement manquer de services et mesures
1-3 000	6	6	6	0	0	0	0	0
3-5 000	3	3	3	0	0	0	0	0
5-7 500	1	1	1	0	0	0	0	0
7,5-10 000	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	10	10	10	0	0	0	0	0

Tableau 14 Profil par région : Chaudière-Appalaches 12

Nombre de municipalités sans services ayant envisagé oui ou non des mesures par tranche de population

	Nombre de municipalités participant	Nombre de municipalités sans services	Nombre de municipalités n'ayant pas envisagé de mesures	Nombre de municipalités ayant envisagé des mesures
1-3 000	20	1	1	0
3-5 000	9	0	0	0
5-7 500	1	0	0	0
7,5-10 000	0	0	0	0
Total	30	1	1	0

Nombre de municipalités avec des services prévoyant pas, peut-être ou fort probablement manquer de services et ayant oui ou non envisagé des mesures par tranche de population

	Nombre de municipalités participant	Municipalités avec des services	Municipalités ne prévoyant pas manquer de services	Municipalités prévoyant peut-être manquer de services	Municipalités prévoyant peut-être manquer de services et pas de mesures	Municipalités prévoyant peut-être manquer de services et mesures	Municipalités prévoyant fort probablement manquer de services	Municipalités prévoyant fort probablement manquer de services et pas de mesures	Municipalités prévoyant fort probablement manquer de services et mesures
1-3 000	20	19	17	2	0	2	0	0	0
3-5 000	9	9	8	0	0	0	1	0	1
5-7 500	1	1	1	0	0	0	0	0	0
7,5-10 000	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	30	29	26	2	0	2	1	0	1

Tableau 15 Profil par région : Laval 13

Nombre de municipalités sans services ayant envisagé oui ou non des mesures par tranche de population

	Nombre de municipalités participant	Nombre de municipalités sans services	Nombre de municipalités n'ayant pas envisagé de mesures	Nombre de municipalités ayant envisagé des mesures
1-3 000	0	0	0	0
3-5 000	0	0	0	0
5-7 500	0	0	0	0
7,5-10 000	0	0	0	0
Total	0	0	0	0

Nombre de municipalités avec des services prévoyant pas, peut-être ou fort probablement manquer de services et ayant oui ou non envisagé des mesures par tranche de population

	Nombre de municipalités participant	Municipalités avec des services	Municipalités ne prévoyant pas manquer de services	Municipalités prévoyant peut-être manquer de services	Municipalités prévoyant peut-être manquer de services et pas de mesures	Municipalités prévoyant peut-être manquer de services et mesures	Municipalités prévoyant fort probablement manquer de services	Municipalités prévoyant fort probablement manquer de services et pas de mesures	Municipalités prévoyant fort probablement manquer de services et mesures
1-3 000	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3-5 000	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5-7 500	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7,5-10 000	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Tableau 16 Profil par région : Lanaudière 14

Nombre de municipalités sans services ayant envisagé oui ou non des mesures par tranche de population

	Nombre de municipalités participant	Nombre de municipalités sans services	Nombre de municipalités n'ayant pas envisagé de mesures	Nombre de municipalités ayant envisagé des mesures
1-3 000	13	2	1	1
3-5 000	7	0	0	0
5-7 500	1	0	0	0
7,5-10 000	1	0	0	0
Total	22	2	1	1

Nombre de municipalités avec des services prévoyant pas, peut-être ou fort probablement manquer de services et ayant oui ou non envisagé des mesures par tranche de population

	Nombre de municipalités participant	Municipalités avec des services	Municipalités ne prévoyant pas manquer de services	Municipalités prévoyant peut-être manquer de services	Municipalités prévoyant peut-être manquer de services et pas de mesures	Municipalités prévoyant être manquer de services et mesures	Municipalités prévoyant probablement manquer de services	Municipalités prévoyant probablement manquer de services et pas de mesures	Municipalités prévoyant fort probablement manquer de services et mesures
1-3 000	13	11	9	1	1	0	1	0	1
3-5 000	7	7	6	0	0	0	1	0	1
5-7 500	1	1	1	0	0	0	0	0	0
7,5-10 000	1	1	0	0	0	0	1	0	1
Total	22	20	16	1	1	0	3	0	3

Tableau 17 Profil par région : Laurentides 15

Nombre de municipalités sans services ayant envisagé oui ou non des mesures par tranche de population

	Nombre de municipalités participant	Nombre de municipalités sans services	Nombre de municipalités n'ayant pas envisagé de mesures	Nombre de municipalités ayant envisagé des mesures
1-3 000	16	3	2	1
3-5 000	2	0	0	0
5-7 500	2	1	1	0
7,5-10 000	0	0	0	0
Total	20	4	3	1

Nombre de municipalités avec des services prévoyant pas, peut-être ou fort probablement manquer de services et ayant oui ou non envisagé des mesures par tranche de population

	Nombre de municipalités participant	Municipalités avec des services	Municipalités ne prévoyant pas manquer de services	Municipalités prévoyant être manquer de services	Municipalités prévoyant être manquer de services et pas de mesures	Municipalités prévoyant être manquer de services et mesures	Municipalités prévoyant fort probablement manquer de services	Municipalités prévoyant fort probablement manquer de services et pas de mesures	Municipalités prévoyant fort probablement manquer de services et mesures
1-3 000	16	13	9	4	3	1	0	0	0
3-5 000	2	2	1	1	1	0	0	0	0
5-7 500	2	1	0	1	0	1	0	0	0
7,5-10 000	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	20	16	10	6	4	2	0	0	0

Tableau 18 Profil par région : Montérégie 16

Nombre de municipalités sans services ayant envisagé oui ou non des mesures par tranche de population

	Nombre de municipalités participant	Nombre de municipalités sans services	Nombre de municipalités n'ayant pas envisagé de mesures	Nombre de municipalités ayant envisagé des mesures
1-3 000	40	12	10	2
3-5 000	5	2	1	1
5-7 500	7	1	1	0
7,5-10 000	1	0	0	0
Total	53	15	12	3

Nombre de municipalités avec des services prévoyant pas, peut-être ou fort probablement manquer de services et ayant oui ou non envisagé des mesures par tranche de population.

	Nombre de municipalités participant	Municipalités avec des services	Municipalités ne prévoyant pas manquer de services	Municipalités prévoyant être manquer de services	Municipalités prévoyant être manquer de services et pas de mesures	Municipalités prévoyant être manquer de services et mesures	Municipalités prévoyant fort probablement manquer de services	Municipalités prévoyant fort probablement manquer de services et pas de mesures	Municipalités prévoyant fort probablement manquer de services et mesures
1-3 000	40	28	24	4	3	1	0	0	0
3-5 000	5	3	2	1	1	0	0	0	0
5-7 500	7	6	3	3	2	1	0	0	0
7,5-10 000	1	1	1	0	0	0	0	0	0
Total	53	38	30	8	6	2	0	0	0

Tableau 19 Compilation des régions

Nombre de municipalités n'ayant pas de services et ayant envisagé oui ou non des mesures par tranche de population

Régions	Nombre de municipalités participant	Nombre de municipalités sans services	Nombre de municipalités n'ayant pas envisagé de mesures	Nombre de municipalités ayant envisagé des mesures
1-3 000	192	41	32	9
3-5 000	45	5	2	3
5-7 500	22	2	2	0
7,5-10 000	8	2	2	0
Total	267	50	38	12

Nombre de municipalités avec des services prévoyant pas, peut-être ou fort probablement manquer de services et ayant oui ou non envisagé des mesures par tranche de population.

	Nombre de municipalités participant	Municipalités avec des services	Municipalités ne prévoyant pas manquer de services	Municipalités prévoyant peut-être manquer de services	Municipalités prévoyant peut-être manquer de services et pas de mesures	Municipalités prévoyant être manquer de services et mesures	Municipalités prévoyant fort probablement manquer de services	Municipalités prévoyant fort probablement manquer de services et pas de mesures	Municipalités prévoyant fort probablement manquer de services et mesures
1-3 000	192	151	113	33	20	13	6	3	3
3-5 000	45	40	31	5	3	2	4	1	3
5-7 500	22	20	13	6	4	2	1	1	0
7,5-10 000	8	5	3	1	0	1	1	0	1
Total	267	216	160	46	24	14	12	5	7

Tableau 20 Nature des services de santé disponibles

Toutes les régions	Nombre de répondants	Répondants sans services	Répondants avec services	Médecin privé	Médecin dans une polyclinique	CLSC	Point de CLSC	Centre hospitalier	Autre
1-3 000	192	41	151	77	51	68	30	25	10
3-5 000	45	5	40	24	10	20	2	14	3
5-7 500	22	2	20	13	9	10	4	7	0
7,5-10 000	8	2	5	5	5	5	0	3	4
Total	281	53	216	119	75	103	36	49	17

ANNEXE B

Le questionnaire

CHANTIER DE L'ÉCONOMIE SOCIALE

DOSSIER SERVICES DE SANTÉ

Sondage

1. IDENTIFICATION DU RÉPONDANT

1.1 Fonction

- A) Élu-e (maire, conseiller) ☐
- B) Employé-e (secrétaire-trésorier, directeur général, etc.) ☐

1.2 Identification de votre municipalité

Nom : _____

Nombre d'habitants

- | | | | |
|------------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|
| A) 0 - 1 000 | ☐ | D) 5 000 - 7 500 | ☐ |
| B) 1 000 - 3 000 | ☐ | E) 7 500 - 10 000 | ☐ |
| C) 3 000 - 5 000 | ☐ | | |

1.3 Région administrative

- | | | | |
|-------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|
| A) Gaspésie/ Les Îles | ☐ | H) Lanaudière | ☐ |
| B) Bas-St-Laurent | ☐ | I) Laurentides | ☐ |
| C) Côte-Sud | ☐ | J) Abitibi-Témiscamingue | ☐ |
| D) Chaudière-Appalaches | ☐ | K) Mauricie | ☐ |
| E) Cantons de l'Est | ☐ | L) Saguenay-Lac St-Jean | ☐ |
| F) Bois-Francs | ☐ | M) Québec (Portneuf, Charlevoix) | ☐ |
| G) Montérégie | ☐ | N) Côte-Nord | ☐ |

2. ÉTAT DES SERVICES DE SANTÉ

2.1 Existe-t-il des services en matière de santé dans votre localité (dans un rayon de moins 8 km), i.e. la présence de ressources professionnelles assurant une prestation de services (médecins et autres)?

OUI ☐

NON ☐ (Si vous répondez non à cette question, passez à la question 2.6)

2.2 Quelle est la nature de ces services (vous pouvez cocher plus d'une case)?

- | | |
|-------------------------------------|--------------------------|
| A) Médecin-s ayant un cabinet privé | ☐ |
| B) Médecins dans une polyclinique | ☐ |
| C) CLSC | ☐ |
| D) Point de services d'un CLSC | ☐ |
| E) Centre hospitalier | ☐ |
| F) Autres ressources | ☐ |

Veuillez préciser : _____

2.3 D'ici deux à trois ans, prévoyez-vous manquer de telles ressources?

- A) Non, absolument pas ☐
B) Oui, peut-être ☐
C) Oui, fort probablement ☐

2.4 Si vous prévoyez manquer de ces ressources, avez-vous envisagé des mesures?

OUI ☐ NON ☐

2.5 De quelle nature seront ces mesures?

- A) Discussion avec la Régie de la santé pour obtenir des ressources ☐
B) Discussion avec le CLSC pour obtenir des ressources ☐
C) Démarches pour recruter directement des professionnels les invitant à venir pratiquer sur une base privée (cabinet) ☐
D) Démarches pour recruter directement des professionnels les invitant à venir pratiquer sur une base privée (cabinet) mais pour une organisation collective ou coopérative (modèle de la coop de services de santé de St-Étienne-des-Grès) ☐
E) Autres ☐

Veillez préciser : _____

2.6 S'il n'existe aucune ressource dans votre municipalité, est-ce qu'elle a envisagé des mesures pour palier à cette carence?

OUI ☐ NON ☐

2.7 Si la municipalité a envisagé des mesures pour palier à cette carence, de quelle nature sont-elles?

- A) Discussion avec la Régie de la santé pour obtenir des ressources ☐
B) Discussion avec le CLSC pour obtenir des ressources ☐
C) Démarches pour recruter directement des professionnels les invitant à venir pratiquer sur une base privée (cabinet) ☐
D) Démarches pour recruter directement des professionnels les invitant à venir pratiquer sur une base privée (cabinet) mais pour une organisation collective ou coopérative (modèle de la coop de services de santé de St-Étienne-des-Grès) ☐
E) Autres ☐

Veillez préciser : _____

Veillez, s.v.p. retourner ce sondage par le courrier à l'adresse suivante :

Monsieur Jean-Pierre Girard
Université du Québec à Montréal
Chaire de coopération Guy-Bernier
C. P. 8888, Succ. «Centre-Ville»
Montréal, Québec, H3C 3P8

ou par télécopieur : 514-987-8564

ANNEXE C
Le concept d'entreprise collective
(économie sociale) dans le domaine de la santé

Le concept d'entreprise collective (économie sociale) dans le domaine de la santé

L'économie sociale est un concept relativement nouveau dans l'actualité publique mais on y trouve des références dès les années 1880/1890. Ainsi se crée en 1888, la Société canadienne d'économie sociale de Montréal qui aura un rôle de sensibilisation du grand public à sa nature. Le fondateur du Mouvement Desjardins, Alphonse Desjardins, participera aux activités de cette société (Lévesque et Malo, 1992).

Selon Benoît Lévesque et Yves Vaillancourt, *l'économie sociale est constituée d'entreprises et d'organisations dont la spécificité est de combiner un groupement (association) de personnes plutôt que d'actionnaires et une entreprise (tout au moins une organisation) produisant des biens ou des services, pour satisfaire les besoins des membres de l'association* (Vaillancourt, Lévesque : 1996).

Ces entreprises peuvent avoir différents habits juridiques, quoique l'aspect **culture** soit également une composante importante, qui se ramènent généralement au statut de mutuelle, d'organisme sans but lucratif et de coopérative.

Le concept de mutuelle dans le domaine de la santé fait principalement référence à un organisme qui «mutualise» le risque sous forme de programme d'assurance. Ce modèle d'entreprise s'est développé au Québec dès la fin du XIX^e siècle, à une époque où les gens devaient s'organiser à défaut de risquer de s'endetter substantiellement pour rencontrer les coûts de services de santé. Les mutuelles développeront des couvertures dans le domaine de la santé jusqu'à l'étatisation du système à partir des années 1960 (Guérard : 1996). Même si, par la suite, elles ont diversifié leurs activités, aujourd'hui il ne subsiste guère d'entreprises ayant ce statut, les impératifs de la capitalisation ayant conduit plusieurs mutuelles à adopter un nouvel habit juridique (Maheu-Noiseux : 1989). Il peut être utile de rappeler qu'à l'origine, soit en 1944, la mutuelle SSQ était une coopérative de santé (la coopérative de Services de santé de Québec) fondée par un médecin dans un quartier populaire de la ville de Québec dans le but de faciliter l'accès aux services à une clientèle peu fortunée (Ouellet, Vallières : 1986).

On retrouve encore aujourd'hui des mutuelles dans plusieurs pays avec la fonction de faciliter l'accès aux services de soins de santé primaire, entre autres en Afrique (Acopam : 1996).

Le statut d'organisme sans but lucratif recouvre une multitude d'organisations ayant retenu la troisième partie de la loi des compagnies pour s'enregistrer. On les retrouve entre autres dans une variété de domaines de services aux personnes, notamment dans des centres de santé pour femmes, dans des activités dans le domaine de la santé mentale (Bélanger : 1995). En 1992, on évaluait que 2 300 organismes communautaires subventionnés par le ministère de la Santé et des Services sociaux avaient créé 10 000 emplois réguliers et 14 000 emplois occasionnels et fournissent des emplois à des milliers de personnes (Bélanger : 1997).

La formule coopérative en matière de santé est retenue dans plusieurs pays selon diverses variantes. Parfois, elle prend la forme d'une coopérative appartenant aux usagers (Japon, États-Unis), d'autres fois aux professionnels de la santé (Espagne, Brésil, Suède) et plus rarement, on retrouve des formes mixtes combinant la participation des usagers et des professionnels (Espagne) (Comeau, Girard, 1996).

Il est à noter que la Loi québécoise sur les coopératives permet depuis janvier 1997 la création de coopérative dite de «solidarité», c'est-à-dire une formule qui permet le regroupement d'usagers, de travailleurs et d'organismes partageant les objectifs de la coopérative (Assemblée nationale : 1996).

ANNEXE D
Exemples de la contribution d'entreprises
collectives dans le champ de la santé au Québec

La Coopérative de services de santé Les Grès

St-Étienne-des-Grès (Québec)



Présentation sommaire
du projet
au 1^{er} avril 1996

INDEX

- ☞ Bref historique (préambule)
- ☞ Organisation
- ☞ Mission de la Coopérative
- ☞ Réalisation au 01-04-1996
- ☞ Développement incluant un organigramme

La Coopérative de services de santé Les Grès

Bref historique

Depuis 1992, la population de St-Étienne-des-Grès, située à 15 km au nord de Trois-Rivières, (municipalité de 3 800 habitants; 1 170 familles) vit sans aucun service de santé; médecins et autres praticiens ayant quitté pour diverses raisons professionnelles.

Pendant trois (3) ans, des gens se sont plaints de cette situation, allant même jusqu'à déposer une pétition de 1 100 noms au conseil municipal en 1994. Des investisseurs privés se sont manifestés mais jamais rien de concret ne fut réalisé.

Pour solutionner ce qui est alors vu comme la priorité numéro UN des gens de la place, le modèle coopératif est retenu. En octobre, un groupe promoteur de quinze (15) personnes est formé pour démarrer le projet. Ce groupe comprend, entre autres, le maire, le directeur des écoles primaires, le curé, le directeur de la caisse et plusieurs présidents et présidentes d'organismes représentatifs de la municipalité.

Après quelques négociations avec le ministère de l'Industrie et du Commerce du Québec, le groupe promoteur reçoit, en février 1995, sa charte et devient la première coopérative de services de santé au Québec (projet pilote).

Organisation

L'assemblée générale d'organisation se tient le 14 mars 1995; 125 premiers membres s'inscrivaient. Par un réseau de communication fort efficace, la *Coopérative* comptait le 6 avril 1995 son 1 000^e membre. Aujourd'hui, la *Coopérative* compte plus de 1 300 membres.

Le conseil d'administration est composé de quinze (15) membres dont un est proposé par la Caisse populaire Les Grès. De ce conseil d'administration est tiré un comité exécutif responsable des directeurs de service. La *Coopérative* possède aussi un comité d'éducation à la coopération ainsi qu'un comité des relations publiques (ombustman) et la *Coopérative* procède actuellement à la création d'une fondation. Grâce à une part sociale de 50\$, et à l'émission de parts privilégiées, la *Coopérative* a été capable d'accumuler, auprès de ses membres, des fonds de 120 000 \$.

Mission

La *Coopérative* a pour mission de voir au bien-être de ses membres dans tous les domaines de la santé tant sur le plan curatif que préventif.

À cet égard, la *Coopérative* possède deux (2) grands champs d'action soit de rendre directement des soins de santé à ses membres, ce qui est normal pour une coopérative, mais aussi de rendre accessible des soins de santé qu'elle ne peut offrir directement de par les lois régissant la santé au Québec. Dans ce deuxième champ d'activité, les soins de santé étant universels, l'accessibilité de ces soins ne peut être exclusive à ses membres et c'est pour cette raison que l'on parle souvent d'une *Coopérative* hybride.

La Coopérative de services de santé Les Grès

Mission (suite)

Coopérative hybride

- Premier champ d'activité : Donner des soins de santé directement à ses membres (secteur privé)
(Exemple : Clinique de physiothérapie, soins infirmiers, etc.)
- Deuxième champ d'activité : Rendre accessible des soins de santé à la population en général
(Exemple : Clinique médicale, clinique dentaire, pharmacie, etc.)

Réalisation

Fort de l'appui de 1 300 membres, la *Coopérative* a signé des ententes de services avec deux (2) médecins (quatre (4) au 01-03-96), un pharmacien, un dentiste, une optométriste et une psychologue. Pour ces professionnels, il s'agit d'ententes basées sur la location de surfaces commerciales à notre siège social, mais la *Coopérative* a aussi été en mesure de récupérer certains privilèges pécuniers (Exemple 10 % de rabais sur certains produits non-pharmaceutiques pour nos membres un jour semaine, 15 % sur verres et montures en optométrie, etc.)

Avec en main des ententes assurant la location de 98 % des loyers, la *Coopérative* a construit son siège social de 10 000 pi² au coût de 708 000 \$; cette polyclinique a été mise en fonction le 5 décembre 1995 et fonctionne depuis, à plein régime.

La *Coopérative* a gardé 25 % de la superficie de son siège social pour offrir directement des services de santé à ses membres. Le premier projet nécessitant un investissement de 65 000 \$ a été la création de notre clinique de physiothérapie qui a débuté ses opérations le 15 janvier 1996 et qui reçoit actuellement 10 clients par jour en moyenne.

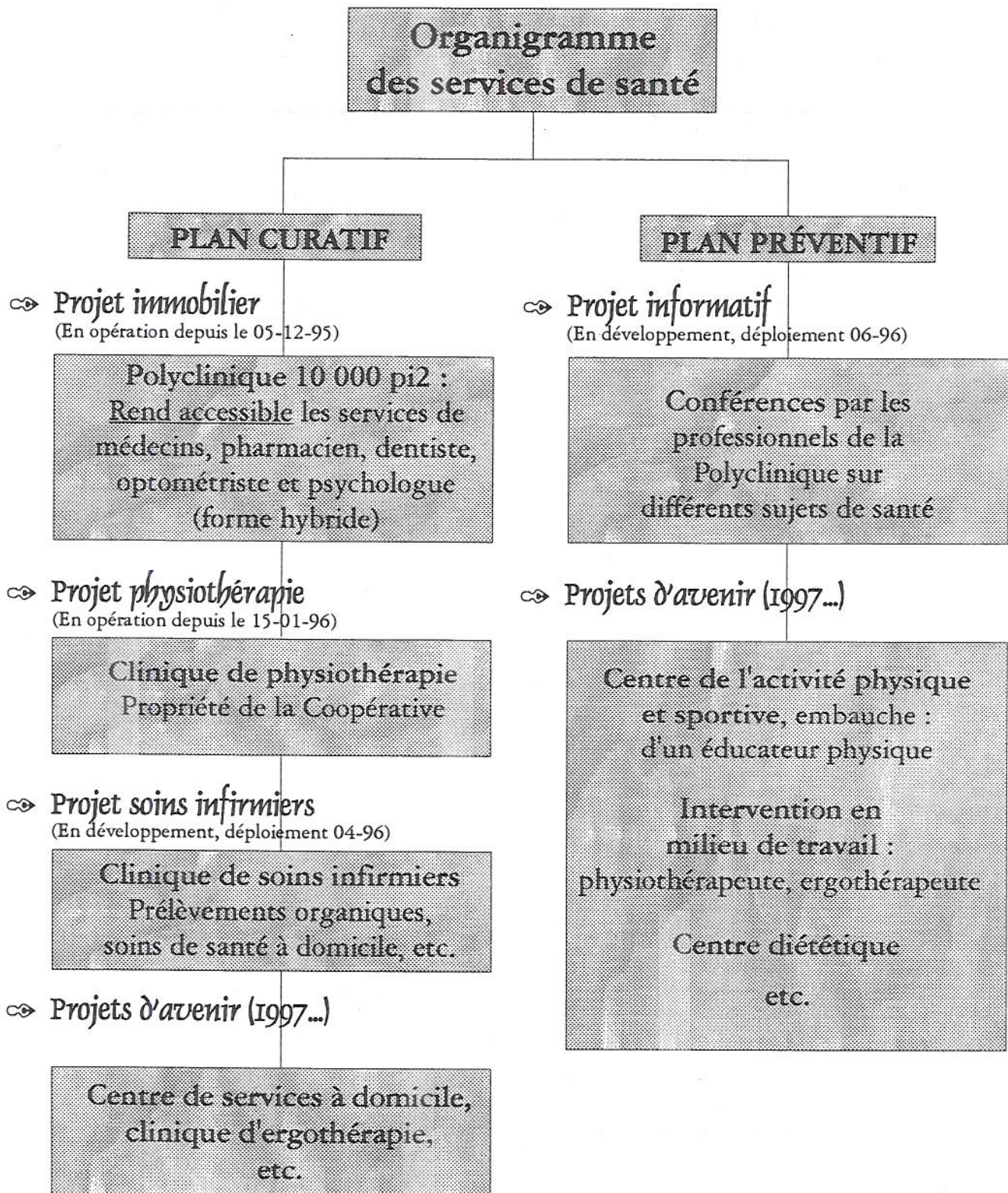
Aucune subvention n'a été demandée, ni reçue de la part des gouvernements provincial et fédéral. La Municipalité a fourni le terrain par bail emphytéotique de 80 ans, a fourni des services pour 6 000 \$ et a reporté le paiement des taxes. La caisse a fourni environ 40 000 \$ pour le démarrage et 2 600 heures en bénévolat de la part de ses employés et dirigeants.

La *Coopérative* est une entité privée, paie ses taxes et impôts et ne peut se permettre aucun déficit d'opération comme toute entreprise qui se respecte et qui doit assurer sa survie financière. À cet égard, elle possède un fonds de roulement de plus de 50 000 \$.

Développement

La *Coopérative* embauchera une infirmière en avril 1996 pour desservir sa clientèle à la polyclinique ou pour des services de soins de santé à domicile. Elle projette aussi d'autres services pour aider ses membres à s'adapter au présent virage ambulatoire. Vous trouverez, à la page suivante, l'organigramme de l'organisation de soins de santé.

La Coopérative de services de santé Les Grès



La Coopérative de services de santé Les Grès

Développement (suite)

La *Coopérative* possède le grand avantage d'avoir, à son siège social, un ensemble fort utile de professionnels de la santé; les liens privilégiés se développent entre eux et avec eux, la *Coopérative* possède une expertise et un réseau d'information et de collaboration tout à fait exceptionnel.

La *Coopérative* offre une approche intégrée en soins de santé et désire l'améliorer davantage afin de rehausser le niveau de satisfaction de ses membres et de la population en général.

Pour de plus amples informations, communiquez :

☞ par écrit au :

190, rue St-Honoré, suite 218
Saint-Étienne-des-Grès (Québec)
G0X 2P0

☞ ou par téléphone ou télécopieur au :

Téléphone : (819) 535-2018 (à la Caisse populaire Les Grès)
Télécopieur : (819) 535-1758

JACQUES DURANLEAU,
Président
La Coopérative de services de santé Les Grès; et
Directeur général
La Caisse populaire Les Grès

COOP DES TECHNICIENS AMBULANCIERS DE LA MONTÉRÉGIE (CETAM)

- Quoi?:**
- Le plus gros système de transport ambulancier privé au Québec
 - Plus de 50% du marché du transport ambulancier de la Montérégie
 - 325 000 appels par année
 - Service de répartition centrale pour la Montérégie (c'est-à-dire, entente avec d'autres entreprises de transport ambulancier.

- Ressources :**
- 200 employés :
 - 180 techniciens ambulanciers
 - 10 répartiteurs
 - 10 agents de bureau
 - 10M\$ chiffre d'affaires
 - Une trentaine d'ambulances

- Filiales :**
- ADVITAM**
- Incorporée depuis 1994, propriété 100% CETAM
 - Vente et location de matériel pour le maintien à domicile
 - 6 emplois

FORMATION 1ÈRE LIGNE

- Propriété de deux membres de la CETAM et de la CETAM
- Formation des premiers répondants (ex. pompiers) en premiers soins

- Projets :**
- Soins infirmiers
 - Transport non urgent (c'est-à-dire transferts interhospitaliers)

Fiche à jour en juillet 1996, préparée dans le cadre du Chantier de l'économie sociale, dossier santé, avec la participation de la Chaire de coopération Guy-Bernier, UQAM.

Pour qui ?

- Les adultes en santé :
 - pour usage régulier;
 - pour usage occasionnel;
 - pour usage futur.
- Les adultes en perte d'autonomie :
 - partielle (convalescence);
 - permanente.
- Répît aux familles, aux aidants naturels :
 - jour, soir et nuit.

Le personnel est disponible 24 heures sur 24, et ce, 7 jours par semaine. Par contre, les demandes ne sont reçues que sur les heures de bureau.

Heures de bureau :

Du lundi au vendredi :
de 8 h 30 à 12 h et de 13 h à 16 h 30.

Pour toute question, suggestion ou adhésion :

Coopérative de Services Rive-Sud

10, rue Giguère
Lévis (Québec)
G6V 1N6

838-4019

Conservez ce feuillet, il pourrait vous être utile,
à vous ou à un voisin !

Assurance SÉCURIVIE

Desjardins

Une assurance vie conçue pour
les personnes de 50 à 75 ans

- ✓ Aucun examen médical
- ✓ Adhésion immédiate
- ✓ Aucun délai d'attente
- ✓ Prime fixe et garantie

Pointez en vacances
l'esprit tranquille !

Assurance VOYAGE

Desjardins

Pour vous assurer, il suffit de composer
le numéro suivant :

838-7830

Du lundi au vendredi, entre 8 h 30 et 21 h
le samedi, entre 9 h et 16 h 30
(sauf les jours fériés)

Pour tous vos besoins
en matière de planification
fiscale et successorale ou
de planification à la retraite,
renseignez-vous auprès de
votre caisse ou contactez
votre agent en assurance
de personnes de
l'Assurance vie Desjardins-Laurentienne et
demandez le Service de Planification financière
Desjardins.

Service
de planification
financière
DESJARDINS

L'Assurance vie Desjardins-Laurentienne offre le
matériel imprimé en guise d'appui au développement de
la Coopérative de Services Rive-Sud.

VIVRE CHEZ-SOI

Le désir de chacun

Aide à domicile



Toute personne a le droit de rester chez-
elle et d'être soutenue de façon digne et
respectueuse.

La Coopérative de Services Rive-Sud a été
mise sur pied pour respecter ce principe
de base.

838-4019

Services offerts

- Assistance à domicile :
Gardiennage (jour, soir, nuit), préparation de repas, soins d'hygiène de base, accompagnement, travaux domestiques.

- Entretien :

Travaux saisonniers, grand ménage, lavage de vitres, petite menuiserie, peinture, etc.

- Tout autre besoin

Les services d'aide à domicile sont complémentaires aux services offerts par les établissements du réseau de la Santé et des Services sociaux actuellement disponibles sur le territoire. Des crédits d'impôt pour certains services à domicile peuvent être accordés.

TERRITOIRE DESSERVI

- Lévis
- St-Henri
- Pintendre
- St-Romuald
- St-Rédempteur
- St-Jean Chrysostôme
- Charny
- Breakeyville
- St-Lambert
- St-Étienne
- Bernières/St-Nicolas

Les tarifs sont déterminés selon votre implication dans la COOP (membre ou non-membre) et selon le genre de services requis.

Diverses formules sont offertes :

- à l'heure
- bloc de 3 heures
- à contrat
- priorité aux membres dans les périodes d'achalandage

Maintien à domicile

Vivre chez-soi pour une meilleure qualité de vie, mais pas à n'importe quel prix !

Opter pour le soutien à domicile le plus longtemps possible, *c'est souhaitable individuellement et souhaitable collectivement.*

La Coopérative de Services Rive-Sud est en opération depuis le mois de mars 1993. Elle met à la disposition des membres et des non-membres des services de qualité fournis par des employés sélectionnés et supervisés.

Elle recherche des façons efficaces de répondre à des besoins nouveaux. Les commentaires reçus de nos usagers sont très favorables et la demande va en s'accroissant continuellement.

Ceci n'est pas étranger à la situation que nous vivons. Nous sommes tous témoins des actions prises dans nos réseaux de santé pour diminuer les coûts : chirurgie d'un jour, fermeture de lits d'hôpitaux et autres mesures. La coopérative de services se veut le complément et partenaire des CLSC, tout en permettant une offre de services plus étendue.

Pourquoi une coopérative d'usagers ?

Parce que le principe de coopérative est une formule qui a fait ses preuves chez nous. Elle ne vise pas le profit, mais le service au plus bas coût possible. De plus, ce sont les membres qui en sont propriétaires et qui ont un pouvoir de décision à l'assemblée selon le principe un membre, un vote.

C'est aussi parce qu'une coopérative d'usagers, voit ses priorités définies par ceux qui l'utilisent. Elle permet donc d'adapter les services rendus en fonction des besoins réels des individus.

La formule de coopérative de services est maintenant reconnue par les divers paliers de gouvernements comme étant un moyen de prise en charge par le milieu et qui peut se faire à des coûts beaucoup moindres que si c'était l'État qui s'impliquait.

Les ressources financières et humaines affectées au service à domicile sont insuffisantes. Pourtant, la demande est sans cesse croissante chez les personnes âgées et handicapées. C'est pourquoi la Coopérative de Services Rive-Sud travaille en étroite collaboration avec le milieu. La formule de coopérative d'usagers est appelée à se développer partout dans la province justement parce qu'elle est une excellente solution pour répondre aux besoins.

Ensemble nous créons une force et obtenons des gouvernements les outils nécessaires à notre épanouissement (subvention de mariage, crédits d'impôt, etc.).

Un cadeau original !

Offrez-vous ou offrez à un parent, un enfant, un(e) ami(e), à une nouvelle maman quelques heures de services de tout genre sous forme de Certificat-cadeau.

Vous préférez offrir une adhésion pour devenir membre de la Coop ? Le capital de qualification est fixé à dix parts sociales de 10 \$. Cette somme est remboursable lorsqu'un membre déménage, démissionne ou décède.

Coopérative du Service régional d'approvisionnement, ESSS région 04

Information générale :

Personne ressource :	Jean-Guy Lemay, directeur général
Adresse :	3675, rue Chanoine-Moreau Trois-Rivières (Québec) G8Y 5M6
Région :	Québec
Téléphone : (819) 373-1544	Télécopieur : (819) 373-1592

Statistiques :

Année de création :	1989	Type :	Coopérative de consommateurs
Nombre de membres :	59	Activité :	Regroupement d'achats
Nombre d'employés :	5	Revenus :	50 million \$

Histoire :

À l'ère de la rationalisation des dépenses gouvernementales, les 4 millions \$ d'économies réalisées en 1993 par la Coopérative du Service régional d'approvisionnement font d'elle un modèle de regroupement d'achats pour les établissements de santé et de services sociaux au Québec. Dotée d'une « politique d'achat chez nous », la presque totalité des biens et services acquis par la coopérative l'an dernier étaient de provenance québécoise, dont 50 p. 100 étaient directement issus de la région. Soucieux de la protection de l'environnement, les organismes membres de la coopérative récupèrent le papier, la peinture non utilisée et bientôt la matière plastique. Enfin, la coopérative tient annuellement une rencontre avec les fournisseurs pour raffermir le partenariat qui les unit en échangeant sur l'amélioration des produits et la réduction des coûts.