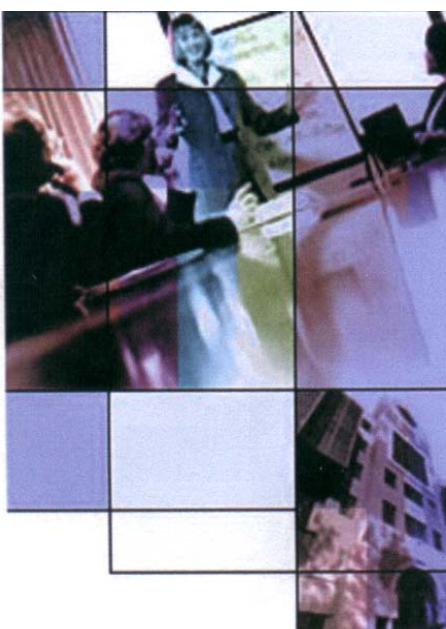


CHAIRE de coopérati
Guy-Bernier

ESG UQÀM



LES COOPÉRATIVES DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ : UN POTENTIEL À UTILISER EN AFRIQUE UN POINT DE VUE

PAR

Jean-Pierre Girard

No 011-110

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/
---	---

Les coopératives oeuvrant dans le domaine de la santé : un potentiel à utiliser en Afrique. Un point de vue

Jean-Pierre Girard
Chaire de coopération Guy-Bernier
Université du Québec à Montréal

Tiré d'une allocution prononcée à
l'Université Senghor d'Alexandrie, Égypte
Dimanche, le 1er novembre 1998

Les opinions exprimées dans cette communication n'engagent que l'auteur. Elles ne reflètent pas nécessairement le point de vue de la Chaire de coopération Guy-Bernier.

L'usage du genre masculin désigne aussi bien les hommes que les femmes. Son utilisation plus fréquente a pour simple but d'alléger le texte.

Avertissement :

Sauf mention contraire, l'information colligée et présentée dans cette brochure était à jour en date de janvier 1999.

Remerciements

La conférence et le cahier qui en résulte ont été rendus possibles par des collaborations que l'auteur tient à saluer. Il s'agit de la titulaire du cours de nutrition à l'Université Senghor Mme Hélène Délisle, professeure agrégée à l'Université de Montréal, pour l'opportunité qu'elle lui a laissée de présenter sa communication aux auditeurs du programme santé-nutrition, de M. André Courtemanche, directeur à Senghor du programme d'administration-gestion et de M. Mauro-F. Malservisi, titulaire du cours « *Création, gestion et développement des coopératives* » et directeur de la Chaire de coopération Guy-Bernier de l'UQAM pour le support à la démarche et, pour son appui et sa confiance constante.

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.

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 de 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 aux secteurs du travail et sociosanitaires.

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 : au niveau du terrain, en répondant à des demandes du milieu pour l'élaboration de matériel didactique et de programmes de formation spécifique.

Au plan de la diffusion, la Chaire publie des cahiers de recherche et organise des colloques et conférences. Depuis peu, la Chaire s'est engagée dans des publications conjointes. Une première a été réalisée avec le ministère de l'Industrie, du Commerce, de la Science et de la Technologie.

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

Au plan international, la Chaire offre 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 entretient ainsi une collaboration privilégiée avec l'Université internationale de langue française au service du développement africain, l'Université Senghor. La Chaire mène régulièrement des missions d'études et d'échanges dans d'autres pays.

Détenteur d'une maîtrise en gestion des coopératives, Jean-Pierre Girard a œuvré successivement pour la Fédération des coopératives québécoises en milieu scolaire et la Confédération québécoise des coopératives d'habitation. Il a occupé la direction générale de cet organisme de 1991 à 1994. Associé depuis lors à la Chaire de coopération Guy-Bernier de l'Université du Québec à Montréal (UQAM), il y a notamment développé un intérêt sur la présence coopérative dans le secteur de la santé. Ceci a pris la forme de la rédaction de cahiers de recherche, la signature de nombreux articles, la collaboration à une importante étude des Nations Unies sur le sujet, la réalisation auprès des petites municipalités du Québec de sondages sur la disponibilité de services de santé et autres ressources spécialisées en ce domaine, la présentation de nombreux exposés et la direction d'essais et de mémoires de maîtrise. Depuis 1996, il préside le comité sur le développement coopératif dans le domaine de la santé du Conseil de la coopération du Québec. En 1999, il participe aux travaux du réseau FRSQ de recherche en éthique clinique sous l'égide de l'Institut de recherche clinique de Montréal.

Jean-Pierre Girard cumule une expérience d'une dizaine d'années dans l'enseignement supérieur en matière de gestion, fonctionnement, financement et analyse socio-économique des entreprises d'intérêt collectif à l'Université de Montréal, à l'UQAM, à l'Université de Sherbrooke et, depuis peu, à l'Université Senghor, Égypte.

Il a été administrateur de nombreux organismes publics, coopératifs et à but non lucratif dont la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec et la Coopérative de développement de Québec. Il est actuellement membre du bureau de direction de la Coopérative de développement de Montréal, coordonnateur du comité diffusion du CIRIEC-Canada et représentant du Conseil canadien de la coopération au *International Health Co-operative Organization* affilié à l'Alliance coopérative internationale.

Table des matières

Résumé.....	i
1. Les coopératives dans le domaine de la santé : caractéristiques, classification	1
2. Quelques avantages	8
3. Le contexte des systèmes de santé en Afrique : problèmes, contraintes	9
4. Une approche coopérative et collective.....	10
Bibliographie	13
Tableau 1 : Typologie des coopératives selon l'impact de leurs activités sur la santé et le bien-être	3
Tableau 2 : Coopératives dont la mission est en lien direct avec la santé et le bien-être ..	4

Abréviations

ACI	Alliance coopérative internationale
CIRIEC-Canada	Centre interdisciplinaire de recherche et d'information sur les entreprises collectives
FCSSSQ	Fédération des coopératives de services et de soins de santé du Québec
MCC/JCCU	Medical Co-op Committee of Japanese Consumers' Co-operative Union
ONU	Organisation des Nations Unies
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
UQAM	Université du Québec à Montréal

Résumé

Ce texte reprend en l'enrichissant une conférence prononcée le 1er novembre 1998 aux auditeurs du programme de nutrition-santé et ceux du programme d'administration-gestion de l'Université Senghor. Intitulé « *Les coopératives oeuvrant dans le domaine de la santé : un potentiel à utiliser en Afrique Un point de vue* », cet exposé vise à partager quelques éléments de réflexion sur les opportunités et les conditions facilitant la présence des coopératives dans le domaine de la santé sur le continent africain.

Le point de vue adopté par le conférencier se démarque d'autres approches sur le thème de la santé. Au lieu de partir d'une description et d'une analyse des composantes d'un système de santé et d'évaluer différents modes de prestation de services, il suit une démarche différente, soit celle de présenter le potentiel de développement de la formule coopérative dans ce domaine et par la suite évaluer succinctement, à la lumière des traits dominants des systèmes de santé, les possibilités et surtout, les conditions favorables au rayonnement des coopératives dans le contexte sociosanitaire africain.

Reprenant une typologie élaborée en 1997 par les Nations Unies, l'auteur explore ainsi les modèles possibles d'application de la formule coopérative dans le secteur de la santé. Cette section est enrichie par les développements récents qui ont cours dans ce domaine au Québec (Canada). Par la suite, s'inspirant de quelques études de grands organismes internationaux il brosse un bref tableau des principaux enjeux des systèmes de santé nationaux africains. Enfin, à partir de constats sur l'expérience coopérative postcoloniale en Afrique, l'auteur identifie des conditions essentielles à la création et au développement de coopératives dans le domaine de la santé.

1. Les coopératives dans le domaine de la santé : caractéristiques, classification

Phénomène relativement nouveau, les coopératives oeuvrant dans le domaine de la santé ont suscité ces dernières années un intérêt grandissant. La remise en cause du modèle d'état providentiel n'est pas étrangère à cette popularité quoique pris dans une optique internationale, notamment au sein de pays dits sous-développés ou en développement, d'autres raisons peuvent expliquer cet engouement. La multiplication des expériences tant au Nord qu'au Sud, les formes très variées de sociétariat et de champs d'intervention et la reconnaissance de l'important potentiel de développement ont milité en faveur de la réalisation d'études sur le phénomène. Ainsi sur une période de deux ans, soit de 1995 à 1997, les Nations Unies ont mené une vaste enquête sur le sujet qui a résulté en une riche monographie de 176 pages (ONU, 1997). Parallèlement, la Chaire de coopération Guy-Bernier de l'Université du Québec à Montréal a réalisé une étude aux ambitions et aux proportions plus modestes. Cette étude se concentre sur la description d'une dizaine de cas nationaux de systèmes de santé sur le plan de la régulation, du financement et de la prestation et de mouvements ou d'expériences coopératives évoluant dans l'offre de services de santé tant sous forme de cliniques que d'hôpitaux (Comeau, Girard, 1996a, 1996b).

Avant même de classer les coopératives selon leur champ d'intervention dans le domaine de la santé, précisons notre compréhension des valeurs, des règles d'actions, de la finalité et des préoccupations de ces organisations. Pour se faire, nous nous inspirons largement de la Déclaration sur l'identité coopérative adoptée lors du congrès du centième anniversaire de l'Alliance coopérative internationale à Manchester (Royaume-Uni) en 1995 (ACI, 1995) et d'une réflexion approfondie menée par des universitaires canadiens autour du concept d'intérêt public (CIRIEC-Canada, 1997).

Regroupement d'individus cherchant à satisfaire des besoins économiques, sociaux et culturels au sein d'une entreprise régie par des règles démocratiques, la coopérative s'inspire de quelques grandes valeurs, soit la prise en charge (notion de *self-help*), la responsabilité individuelle et collective, l'équité et la solidarité.

Les règles d'actions au sein d'une coopérative sont de différents ordres : la participation à la propriété, au pouvoir et aux résultats, *l'autonomie et l'indépendance notamment à l'égard des pouvoirs publics*¹ et la constitution d'un patrimoine collectif dont au moins une partie est inaliénable. La coopérative a une finalité d'usage : la satisfaction des besoins de

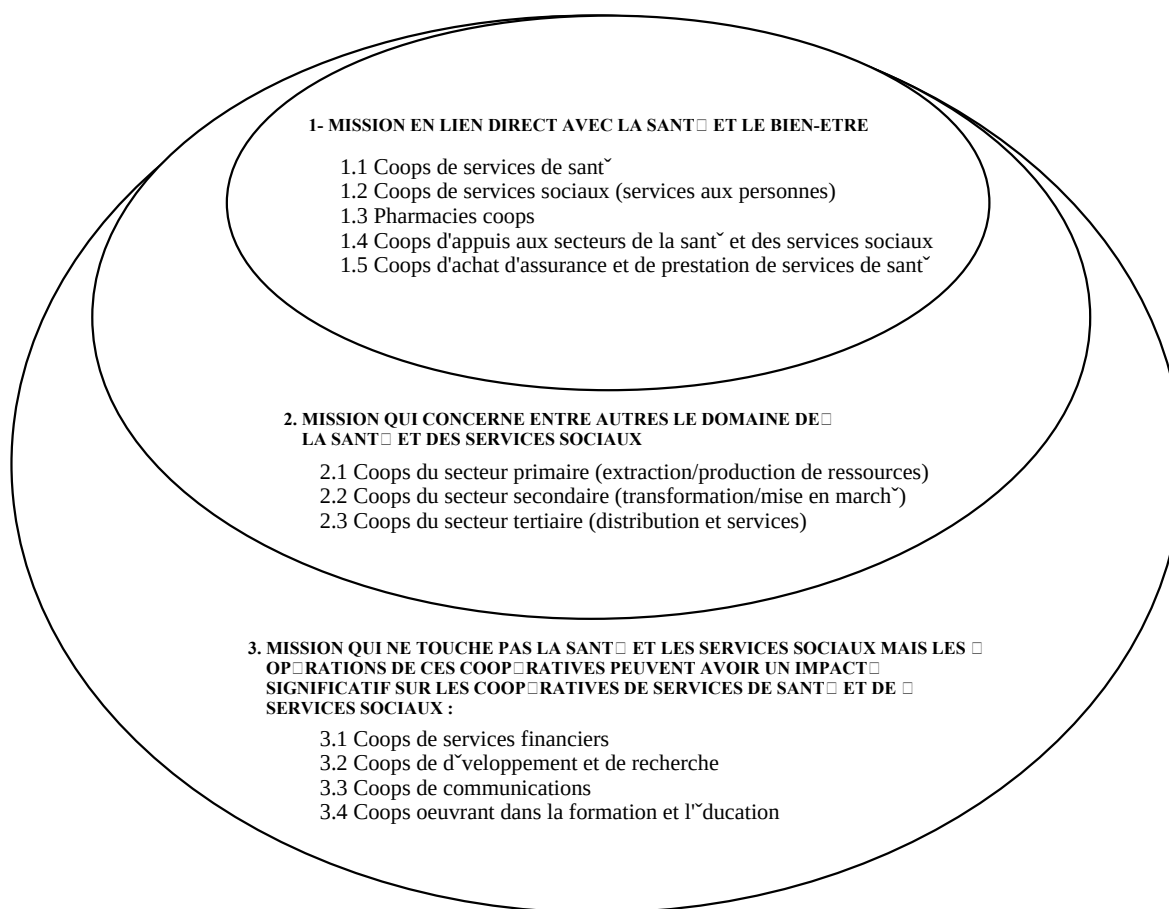
¹ Les caractères en italique sont de nous.

ses membres. Se faisant, elle se démarque sans équivoque de d'autres types d'organismes, pensons ici à l'entreprise à capital-action qui, dans ce cas, va chercher, le rendement maximal sur le capital investi et l'organisme public dont l'action se situe dans un cadre souvent caractérisé par la lourdeur bureaucratique et une efficacité douteuse. Par sa finalité d'usage, la coopérative a donc un sens, une signification à l'action. Cette organisation sera également sensible à l'intérêt public et cherchera, à l'instar du 7ième principe coopératif à contribuer à un développement durable dans son milieu (ACI, 1995).

L'étude des Nations Unies propose un système de classification des coopératives basé sur l'importance que représentent dans leur mission, la santé et le bien-être tel qu'illustré au tableau 1. À partir d'un noyau dur constitué de cinq types de coopératives dont la mission est en lien direct avec la santé et le bien-être, la grille s'ouvre sur deux autres cercles, le second constitué de coopératives dont la mission concerne entre autres le domaine de la santé et du bien-être et le troisième, des coopératives dont la mission n'inclut pas des dispositions explicites sur la santé et le bien-être mais qui peuvent avoir une incidence significative sur les coopératives du premier cercle nommément par des actions de soutien, de promotion, etc.

Nous y reviendrons plus loin, mais une des recommandations stratégiques qui se dégage de ce rapport est le nécessaire support que devrait apporter l'ensemble des composantes d'un mouvement coopératif national pour favoriser le développement des coopératives dans le secteur de la santé.

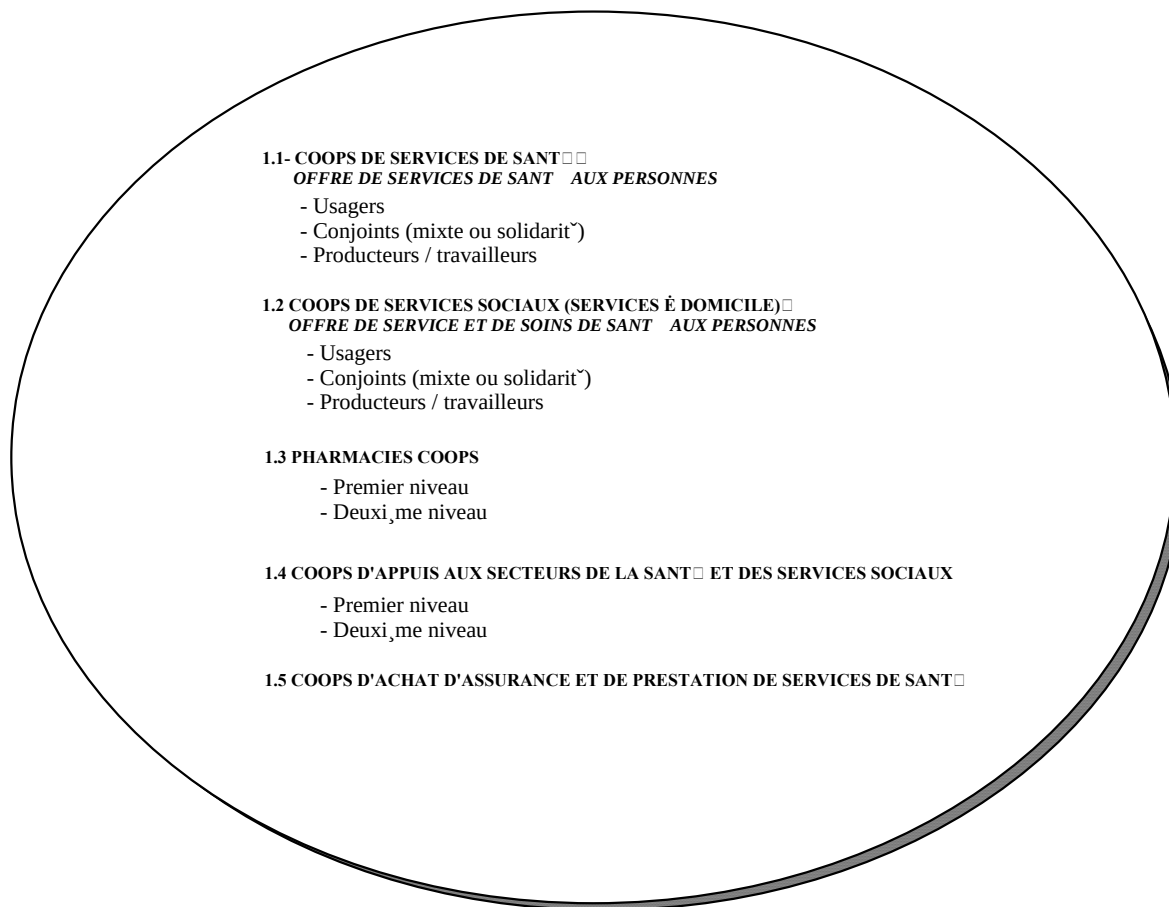
Tableau 1 : Typologie des coopératives selon l'impact de leurs activités sur la santé et le bien-être



(ONU 1997)

Notre intérêt pour les fins de l'exposé, porte principalement sur le noyau dur, donc les coopératives dont la mission est en lien direct avec la santé et le bien-être. On y délimite cinq groupes de coopératives selon leur champ d'activités (tableau 2).

Tableau 2 : Coopératives dont la mission est en lien direct avec la santé et le bien-être



(ONU 1997)

On notera que tant le premier que le second groupe peut prendre des formes de sociétariat qui se déclinent selon trois versions :

- ⇒ usagers ou consommateurs,
- ⇒ travailleurs²,
- ⇒ conjoints (usagers et travailleurs)³.

Le premier groupe (1.1) est donc au coeur même du système de santé, ce sont des coopératives qui offrent directement des services, généralement dans un lieu donné, soit en première ligne (type clinique) ou en seconde ligne (hôpital) pour des cas plus lourds. Notre connaissance des principaux réseaux coopératifs classés dans ce groupe nous suggère une préoccupation plus forte des coopératives d'usagers et mixtes à des sujets telles la prévention, la promotion de la santé. À ce chapitre, l'expérience du Japon, particulièrement le réseau de coopératives de santé sous l'égide de l'Union japonaise des coopératives de consommateurs (JCCU), témoigne d'un engagement exemplaire et original. On a adapté du secteur de la consommation à celui de la santé le concept de petits groupes de mobilisation et d'actions d'individus connu sous le nom de groupe Han (Comeau, Girard, 1996a, Participer, 1998). Ces petites unités qui regroupent généralement de dix à vingt individus demeurant dans le même secteur d'une ville, d'un quartier servent de lieu d'échange, d'éducation, de sensibilisation aux règles de saines habitudes de vie. Ainsi, lors des réunions, une dizaine par année, les participants vont, par exemple, rencontrer un professionnel de la coopérative qui va les informer sur telle ou telle caractéristique du rhume ou de la grippe, les façons de le contrer. Ils sont également habilités à s'administrer différents tests de mesures d'indicateurs de santé, tel le niveau de sucre dans le sang.

Ce modèle de pratique préventive doit se comprendre aussi dans le contexte culturel propre au Japon. Il est généralement reconnu que les valeurs collectives, de solidarité y sont davantage développées que dans d'autres pays. Le rapport au corps est aussi fort différent de celui qui existe en Europe et en Amérique. Il semble y avoir moins de pudeur, de gêne à partager avec d'autres son bilan de santé, à s'exposer aux observations et commentaires de voisins.

En terme statistique, le réseau des coopératives de santé associé à l'Union comptait en 1997 sur des effectifs de 276 cliniques, 79 hôpitaux pour un nombre total de 13082 lits. Plus de 2 millions de familles utilisent les services de ce réseau. Un autre réseau de coopératives associé à la Fédération des établissements médicaux démocratiques Min-iren, dispose d'une centaine d'hôpitaux et de plus de 300 cliniques (Participer, 1998).

² En Europe, dans certains pays, on utilise parfois l'expression coopérative ouvrière de production.

³ Peut aussi porter le nom de mixte ou, au Québec, de solidarité (voir explication *infra*).

Par ailleurs, le réseau des coopératives de santé de la Saskatchewan (une province localisée dans l'Ouest du Canada) a développé une programmation de prévention sur mesure pour les besoins spécifiques des autochtones. En outre, ces coopératives privilégient l'embauche d'autochtones pour assurer ces services (Girard et al., 1996).

Le concept de coopérative mixte, développé en particulier par la Fondation Espriu d'Espagne (Espriu, 1995) propose une configuration partenariale originale entre les usagers et les producteurs. C'est de reconnaître la pertinence d'un lieu de dialogue, d'échange. Mais cela implique aussi une disposition d'ouverture d'esprit des professionnels de la santé en particulier, les médecins. Cela ne va pas de soi, la pratique de conserver le savoir médical plutôt que de le partager étant fort répandue. Le modèle promu par la fondation se retrouve dans la région de Barcelone. Les coopératives exploitent des cliniques, des hôpitaux (ONU, 1997). Au Québec, depuis juin 1997, l'ajout d'une disposition à la Loi sur les coopératives permet la création de coopérative de solidarité, des coopératives propriété d'usagers, de travailleurs et d'individus et organismes de la communauté partageant les objectifs de la coopérative (Gouvernement du Québec). Pour les mêmes raisons que l'Espagne, on peut penser que cette formule est susceptible d'intéresser davantage les professionnels de la santé, au premier chef, les médecins.

Enfin l'offre de services de santé peut se faire par l'intermédiaire de coopératives appartenant à des professionnels de la santé tel que c'est le cas en Espagne et surtout au Brésil. Dans ce dernier cas, partie de l'initiative d'un médecin de Santos en 1967 qui a fondé une coopérative réunissant des pairs, UNIMED est devenu un mégaréseau intégré de services de santé au sein duquel pratique plus de 30 % du corps médical de ce grand pays d'Amérique latine. Cependant, ce mouvement de coopératives de producteurs s'est ouvert, il y a quelques années, à une reconnaissance du rôle des citoyens recevant ses services. On encourage ces derniers à se regrouper dans un organisme leur donnant voix, USIMED. À défaut d'être formellement une coopérative mixte, ce choix stratégique reflète un souci des médecins de laisser davantage de place aux usagers.

L'offre de services de santé de première ligne peut aussi prendre la configuration d'une coopérative de travailleurs. Ainsi, une partie importante du réseau de transport ambulancier du Québec est propriété des techniciens ambulanciers qui y travaillent. Ces travailleurs administrent donc les premiers soins aux personnes dans le besoin (accidents, malaises, etc.) les transportent vers les lieux spécialisés (hôpitaux, instituts, etc.) et s'occupent, lorsqu'ils en ont le temps, de transport interinstitutions (Comeau, 1991). Employant collectivement près de 600 personnes, ces coopératives sont aussi engagées

dans des services de gestion d'appels d'urgence sur leur territoire respectif (Garon, Girard, 1999).

Dans la typologie de l'ONU, les coopératives de services sociaux (1.2) visent à répondre à des besoins de clientèles particulières, telles des personnes handicapées, des personnes âgées, etc. La gamme de services est variée, elle va de travaux domestiques aux soins directs. Au Québec, depuis 1996, s'est développé un réseau d'une quarantaine de coopératives de services à domicile qui offrent principalement leur prestation à des personnes en perte d'autonomie dans l'optique de favoriser leur maintien à domicile. L'appui s'adresse également à des ménages actifs. Les services proposés vont de l'exécution de travaux domestiques légers, à l'assistance aux personnes et dans une faible mesure, de soins aux personnes. Ce réseau devrait compter à son emploi d'ici la fin de 1999, plus de 1000 personnes (FCSSSQ, 1999). Ces coopératives opèrent soit sur un mode d'usagers ou de solidarité. On en retrouve quelques-unes ayant un statut de coopératives de travail.

En Belgique, depuis le début du XXe siècle s'est développé un réseau de pharmacies coopératives, propriété des usagers. Ce modèle a notamment été repris en République Tchèque et à Singapour (ONU, 1997). Tel que l'expose la catégorie 1.3 du graphique 2, il est aussi possible de concevoir la création de pharmacies de deuxième niveau c'est-à-dire propriété de coopératives d'usagers ou de réseaux de pharmacies indépendantes.

Dans le quatrième groupe (catégorie 1.4), les coopératives d'appuis aux secteurs de la santé et des services sociaux, on note à nouveau, deux types de coopératives. Des coopératives de travailleurs qui offrent des produits et services à des organismes oeuvrant dans le domaine de la santé et des coopératives de deuxième niveau qui appartiennent et qui offrent des services ou des produits à des réseaux coopératifs ou non. Une telle coopérative, propriété de 59 établissements publics de santé est en opération depuis 1989 au Québec dans la région de la Mauricie (Secrétariat aux coopératives, 1995). Dans des états du Nord-Est américain, plus d'une trentaine d'hôpitaux à but non lucratif se sont aussi regroupés pour former la coopérative Synernet (ONU, 1997).

Le dernier groupe de cette section, la catégorie 1.5, les coopératives d'achat d'assurance et de prestation de services de santé appartenant à des individus ou à des entreprises non coopératives fait explicitement référence au contexte américain. Ce cas présente un intérêt certain pour des pays où le poids de l'intervention publique dans le domaine sociosanitaire

n'a pas une incidence prépondérante. En ce sens, tel que présenté plus loin, il peut être fort pertinent pour l'Afrique⁴.

2. Quelques avantages

Le développement des coopératives dans le secteur de la santé offre des avantages qui ont été reconnus entre autres par l'étude des Nations Unies (ONU, 1997).

Pour l'utilisateur, la formule :

- ⇒ lui donne une opportunité de dire son mot, de jouer un rôle actif dans la prise en charge des aspects de l'organisation de la santé;
- ⇒ ce faisant, favorise le développement d'approches préventives, d'éducation et d'intervention précoce;
- ⇒ s'avère un moyen ayant une plus grande souplesse d'ajustement et d'écoute que des organismes publics qui eux, doivent composer avec des structures hiérarchiques et des appareils bureaucratiques.

Pour les professionnels, on remarque que la coopérative :

- ⇒ propose un environnement organisationnel favorable à un climat de confiance mutuel avec les usagers;
- ⇒ exprime une plus grande sensibilité aux externalités, à l'échelle de la communauté, de la société et aux aspects intergénérationnels.

Enfin, ce modèle organisationnel signifie pour la société :

- ⇒ par l'engagement des citoyens, le gage d'une plus grande sensibilité au milieu et des actions touchant le long terme, entre autres, en termes de promotion de saines habitudes de vie;
- ⇒ une finalité de ce type d'organisation plus ouverte aux actions à long terme que celle d'entreprises ne recherchant que la maximisation du rendement sur le capital investi dans les plus courts délais;
- ⇒ une allocation des ressources plus efficiente que d'autres formes organisationnelles.

Dans ce dernier cas, comparant la performance de cliniques coopératives à celle de cliniques marchandes ou à but lucratif, une analyse effectuée en 1983 par le ministère de la

⁴ C'est-à-dire la conciliation au sein d'une même organisation d'une fonction de financement (assurance, préprime) et de prestation de services.

santé de la province de la Saskatchewan au Canada a permis d'établir plusieurs avantages du modèle coopératif :

- ⇒ Le coût des soins par patient est moins élevé.
- ⇒ Le taux d'utilisation des hôpitaux est considérablement réduit.
- ⇒ Le coût des médicaments par patient est également inférieur car les médecins de cliniques coopératives prescrivent moins de médicaments.
- ⇒ Ces centres offrent plus de services préventifs et de services de promotion de la santé (Policy Research, 1983).

Dans cette foulée, une autre étude réalisée en 1997, cette fois-ci qui compare d'un point de vue organisationnel et institutionnel des coopératives de services de santé, des cliniques étatiques et des cliniques à finalité marchande conclut que la formule coopérative de consommation offre le plus de pouvoir aux usagers, notamment sur le plan de la coordination et de l'organisation des services (Comeau, Girard, 1997).

3. Le contexte des systèmes de santé en Afrique : problèmes contraintes

Dans la section qui suit nous proposons une vue « impressionniste » des systèmes de santé en Afrique, donc il s'agit d'un survol qui n'a d'autres ambitions que d'attirer l'attention sur quelques éléments de diagnostic déjà reconnus. Des travaux récents de la Banque mondiale et du Bureau international du travail sur le sujet ont servi de principales sources d'inspirations (Cichon, Gillion, 1993, Banque mondiale, 1994, Shaw, Griffin, 1995).

- ⇒ L'insuffisance du financement : c'est un truisme, mais une source importante des problèmes. Les sommes allouées à la fonction santé sont loin de combler des seuils de besoins minimums.
- ⇒ La mauvaise allocation des ressources : dans les ressources consacrées à la fonction santé, on note une allocation qui n'est pas optimisée. Cela se caractérise principalement de trois façons:
 - Une tendance à privilégier les villes au détriment des zones semi-urbaines ou rurales, donc il y a un phénomène de concentration des effectifs et par le fait même, cela occasionne d'importants déplacements pour les populations éloignées de ces centres.
 - Une propension à mettre l'emphasis sur des activités de type curatif plutôt que des activités de type préventif.

- Le choix d'interventions lourdes au détriment d'interventions légères.

- ⇒ Une planification et gestion déficiente des systèmes : ceci s'explique par le manque de formation ou de perfectionnement, en raison de ressources insuffisantes, par la persistance de façons de faire traditionnelle ou par une combinaison de ces différents facteurs.
- ⇒ Une répartition des prestations de services inégale à l'extrême.
- ⇒ Une disponibilité déficiente des ressources notamment sur le plan matériel.

Les contraintes qui peuvent expliquer la persistance de situations problématiques sont résumées en quatre éléments:

- ⇒ Une dualité de l'économie : il s'agit de la cohabitation d'un secteur structuré de faible importance avec un système non structuré d'importance majeure qui en 1993 représentait près de 90 % de la population active.
- ⇒ La faiblesse des organes d'administration et de gestion publiques.
- ⇒ L'absence de mécanismes de planification générale qui permettraient une coordination plus efficace des régimes publics, des régimes de sécurité sociale et des régimes privés.
- ⇒ La difficulté d'obtenir l'engagement des personnes à revenus moyens et élevés pour qu'elles subventionnent les services destinés au groupe très nombreux des personnes à bas revenu.

4. Une approche coopérative/collective

À l'instar des expériences coopératives/collectives ayant cours dans d'autres régions du monde, il y a des avantages à favoriser cette approche en Afrique dans le champ sociosanitaire. Le PNUD et la Banque mondiale ont reconnu que la participation est un élément fondamental du développement humain (Banque mondiale, 1993). Dans un mémoire portant sur le thème de la participation communautaire, un auditeur de Senghor soutient que l'augmentation du pouvoir aux bénéficiaires et la stimulation de leur capacité à s'organiser contribuent à sauvegarder la dignité des personnes et contribuent à supprimer la passivité et la dépendance à l'égard de projets (Nobotaine, 1995).

La promotion d'une approche coopérative/collective peut bénéficier de facteurs favorables telles l'urgence de la situation, les contraintes existentielles qui pèsent sur les personnes. Mais le tout ne sera possible que si l'on tient compte de facteurs socioculturels propres aux

différents milieux, des traditions et des façons de vivre des populations, des facteurs de motivation des individus. Il est utile de se rappeler que dans plusieurs endroits en Afrique, la base du consensus reposait sur la représentation dans le village; tous les groupes importants de ces petites sociétés étaient présents dans les discussions. Dans un ouvrage récent le Gnanéen G. Ayittey plaide pour une approche qui reconnaît le consensus comme base de la démocratie africaine plutôt que l'arbitraire (Ayittey, 1998). Cette approche est partagée par Développement international Desjardins qui, avec à son crédit une trentaine d'années d'expérience dans le support à des projets coopératifs, indique qu'il faut promouvoir les processus d'information-communication, favoriser l'éducation-formation des personnes, partager les coûts et les travaux et reconnaître la contribution des femmes.

Les projets devront se démarquer clairement des pratiques de socialisme étatique qui ont encouragé, tel que le rapporte Ayittey, le despotisme et la corruption (Ayittey, 1998) et pour d'autres observateurs, une politisation à outrance et la présence d'une bureaucratisation envahissante (Nobotaine, 1995). Voulant démarquer clairement les projets coopératifs parachutés et imposés par l'État ou tout autres organismes externes de ceux issus de l'initiative et sous le contrôle du milieu, Develtere établit la distinction entre les expressions secteur coopératif et mouvement coopératif. Nous nous rattachons à cette dernière compréhension (Develtere, 1998).

Le développement de projets coopératifs dans le champ sociosanitaire devra cependant se faire dans une perspective globale c'est-à-dire qui respecte une approche conciliant le curatif et le préventif et tenir compte non pas seulement du seul élément de prestation de services mais aussi de tout ce qui a trait au financement. Considérant les lacunes ci-haut évoquées à ce sujet notamment la faible présence de l'État, on pourrait ainsi entrevoir le développement des coopératives en complémentarité de l'action de mutuelles d'assurance-santé déjà actives sur le terrain (Sénégal, Togo, etc.,) ou pour éviter tout effet de substitution (remplacer les prestataires actuellement contractant avec les mutuelles) penser la création de coopératives de services de santé en même temps que des mutuelles (Solidarité mondiale, 1996).

Enfin, à l'exemple du support apporté par le mouvement japonais des coopératives de santé aux coopératives de santé du Sri Lanka ou de l'Inde⁵ (MCC/JCCU, 1994) ou des mutuelles belges à l'égard de mutuelles sur le continent africain⁶ (Solidarité mondiale, 1996), on pourrait aussi envisager un soutien plus intense d'organisations du Nord pour le développement de coopératives de santé en Afrique.

⁵ Notamment en terme de remise gracieuse de matériel médical et d'aide au financement de missions d'études.

⁶ Sur le plan du support technique et du financement.

Bibliographie

ACI (Alliance coopérative internationale) (1995), *XXXI ICA congress Manchester 1995 agenda & reports, Summaries and translations*, Genève, multipagination.

Ayittey, Georges B.N. (1998), *Africa in Chaos*, St Martin's press.

Banque mondiale (1994), *Pour une meilleure santé en Afrique*, Banque mondiale, 283 p.

CIRIEC-Canada (Centre) (1997), *Le CIRIEC-Canada : présentation et orientations stratégiques*, Doc 1197-001, 43 p.

Comeau, Yvan, Girard, Jean-Pierre (1997), « Analyse comparative de différents types d'organismes offrant des services de première ligne en matière de santé », *Cahier de recherche*, no 0997-086, 1997, Chaire de coopération Guy-Bernier (UQAM), 46 p.

Comeau, Yvan, Girard, Jean-Pierre (1996a), « Les coopératives de santé dans le monde : une pratique préventive et éducative de la santé », *Cahier de recherche*, no 0396-074, Chaire de coopération Guy-Bernier (UQAM), 138 p.

Comeau, Yvan, Girard, Jean-Pierre (1996b), « Les coopératives de santé: une modalité d'offre des services médicaux », *La revue d'études coopératives, mutualistes et associatives*, (France), no 261, 3e trimestre.

Cichon, Gillion (1993), « Le financement des soins de santé dans les pays en développement », *Revue internationale du Travail*, vol. 132, no 2, Bureau international du travail.

Develtere, Patrick (1998), *Économie sociale et développement : Les coopératives, mutuelles et associations dans les pays en développement*, De Boeck Université, 171 p.

Espriu, J. (1995), *Mrs Life*, Fundacion Espriu, 261 p.

FCSSSQ (Fédération des coopératives de services et de soins de santé du Québec) (1999), *La complémentarité via la coopération dans les services à domicile*, Mémoire présenté devant le Groupe de travail sur la complémentarité du secteur privé dans la poursuite des objectifs du système de santé au Québec, janvier, 32 p.

Garon, Isabelle, Girard, Jean-Pierre (1998), « Sondage de la Chaire de coopération Guy-Bernier. Les municipalités invitées à participer aux coopératives de santé », *Quorum*, la revue de l'Union des municipalités régionales de comtés et des municipalités locales du Québec, vol. 23, no 8, décembre.

Girard, Jean-Pierre (1996), « Des municipalités s'impliquent dans la mise sur pied de coopératives (services de santé en région) », *Quorum*, la revue de l'Union des municipalités régionales de comtés et des municipalités locales du Québec, vol. 21, no 8, décembre.

Girard, Jean-Pierre et all.(1996), « La problématique des coopératives dans le domaine de la santé : l'expérience de la Saskatchewan », *rapport soumis au secrétariat aux coopératives, gouvernement du Canada*, IRECUS, Université de Sherbrooke.

Girard, Jean-Pierre (1997), « État de la disponibilité des services de santé au Québec, une réflexion sur la contribution de modèles d'entreprises collectives à un virage santé par et pour les citoyens », *Cahier de recherche*, no 0197-081, Chaire de coopération Guy-Bernier (UQAM), 49 p.

Girard, Jean-Pierre, Garon, Isabelle, «Les coopératives dans le domaine socio-sanitaire au Québec: portrait de la situation», *Cahier de recherche* à être publié par la Chaire de coopération Guy-Bernier (UQAM) en 1999.

Gouvernement du Québec (1997), Loi sur les coopératives, L.R.Q., chapitre C-67-2, Éditeur officiel du Québec.

(MCC/JCCU) Medical Co-op Committee of Japanese Consumers' Co-operative Union (1994), *The 1st Health-Medical Co-ops' Meeting in the Asian Region Poceedings*, 163 p.

Nobotaine Ali Mohamed (1995), « Les critères de succès de la participation communautaire : l'expérience du projet FADC-SER d'Anjouan-Comores », *Mémoire*, programme en administration-gestion, Université Senghor.

ONU (Organisation des Nations Unies) (1997), *Cooperative Enterprise in the Health and Social Care Sectors, A global survey*, 176 p.

Participer (1998), « Cliniques et hôpitaux coopératifs japonais », *Mensuel de la coopération du travail* publié par la CGSCOP, no 553, mars.

PNUD (Programme des Nations Unies en développement) (1993), *Rapport annuel, la participation populaire*.

Policy Research and Management Branch Services (1983), *Community Clinic Study*, Saskatchewan Health.

Secrétariat aux coopératives (1995), *Histoire à succès des coopératives*, Ottawa, Gouvernement du Canada, 54 p.

Solidarité mondiale (1996), *Mutuelles de santé en Afrique*, Solidarité mondiale, Alliance nationale des mutualités chrétiennes de Belgique, Bureau international du travail, 164 p.

Shaw R.P., Griffin C. (1995,) *Le financement des soins de santé en Afrique subsaharienne par la tarification des services et l'assurance*, Banque mondiale, 111p.