

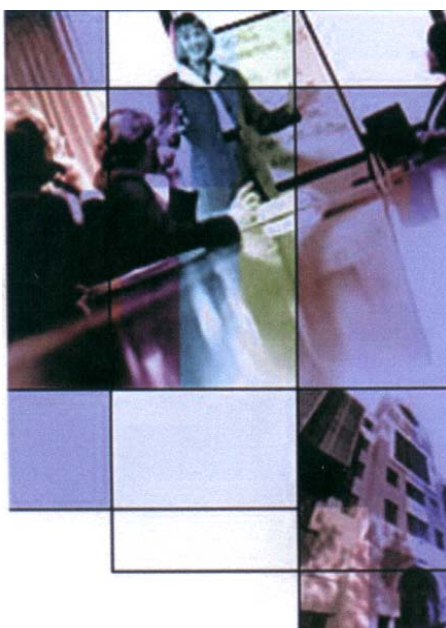
Développement
économique, Innovation
et Exportation

Québec



CHAIRE de coopération
Guy-Bernier

ESG UQÀM



LES COOPÉRATIVES DANS LE DOMAINE SOCIOSANITAIRE AU QUÉBEC : ÉTAT DE LA SITUATION

PAR

Jean-Pierre Girard
Isabelle Garon

No 001-111

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 dans le domaine sociosanitaire au Québec : état de la situation

Rédaction

Jean-Pierre Girard, Chaire de coopération Guy-Bernier de l'Université du Québec à Montréal et Isabelle Garon, candidate PhD en science politique, Université Laval

Collaboration: Michel Clément, Michel Cournoyer et Daniel Thouin, Direction des coopératives, ministère de l'Industrie et du Commerce, Gouvernement du Québec

Réalisation/production

Ce document est le fruit d'une collaboration entre la Chaire de coopération Guy-Bernier de l'Université du Québec à Montréal et la Direction des coopératives du ministère de l'Industrie et du Commerce.

Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier M. Mauro-F. Malservisi, M. Stéphane Schwab et Mme Marie Gagnon pour la lecture en tout ou en partie de ce document.

Notes aux lecteurs

- Les idées exprimées ne représentent pas le point de vue officiel de la Direction des coopératives du ministère de l'Industrie et du Commerce et de la Chaire de coopération Guy-Bernier de l'Université du Québec à Montréal.
- 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 septembre 1999.

Résumé	i
Liste des sigles.....	ii
Introduction	1
1. Considérations historiques sur la présence des coopératives dans le domaine socio-sanitaire au Québec	2
2. Éléments d'interprétation	5
2.1 Un phénomène international.....	7
2.2 Une classification.....	9
3. Les coopératives de services de santé	13
4. Les coopératives de services à domicile.....	18
5. Les coopératives de professionnels	23
6. Les coopératives de techniciens ambulanciers	26
7. Les coopératives d'hébergement spécialisé.....	30
8. Les coopératives d'approvisionnement	33
Conclusion.....	35
Bibliographie	37
Annexe 1 : Vision : L'organisation du système de santé	39
Annexe 2 : Liste des coopératives	40

Ce cahier brosse un portrait des coopératives dans le domaine sociosanitaire au Québec. Un bref rappel historique de leur développement précède l'identification de quelques éléments clés d'interprétation. Dans un nombre croissant de pays, en complémentarité aux organismes publics et aux entreprises privées à finalité lucrative, on reconnaît, voire encourage, la présence d'un troisième acteur dans le domaine sociosanitaire. Il s'agit d'entreprises privées à but non lucratif, de type coopératif. Les cas du Japon, de l'Espagne et du Brésil illustrent bien cette tendance. L'apport des coopératives au Japon, concernant la participation des usagers et la promotion continue en matière de prévention est remarquable.

Reprenant et adaptant une grille élaborée par les Nations Unies pour classifier ces diverses expériences, les auteurs retiennent six secteurs d'activités dans lesquels il y a présence de coopératives : les services de santé, les services à domicile, les regroupements de professionnels, les services de transport ambulanciers, l'hébergement spécialisé et l'approvisionnement et la distribution. Pour chacun de ces secteurs, l'information se décline sous neuf rubriques soient les données contextuelles, les applications de la formule coopérative, les services offerts, la place des usagers, la structure interne, la présence des professionnels, le financement, la ou les affiliations et les relations avec d'autres établissements.

Insistant au cours du document sur l'apport original de ces diverses expériences dans la création de nouveaux espaces de démocratisation tant sur le plan de la consommation des services que sur celui du travail, les auteurs concluent en soulignant l'invitation lancée par le Comité Arpin au Gouvernement du Québec à savoir qu'il faut faciliter la diffusion de ces expériences et simplifier les démarches auprès des intervenants publics pour stimuler l'implantation de ces solutions.

Organismes

AVDL	Assurance-vie Desjardins-Laurentienne
CCC	Conseil Canadien de la Coopération
CCQ	Conseil de la coopération du Québec
CDR	Coopérative de développement régional
CETAM	Coopérative des techniciens ambulanciers de la Montérégie
CHSLD	Centres d'hébergement de soins de longue durée
CLSC	Centres locaux de services communautaires
CSN	Confédération des syndicats nationaux
FCDRQ	Fédération des coopératives de développement régional du Québec
HMO	Health Maintenance Organization
RAMQ	Régie d'assurance-maladie du Québec
UMRCQ	Union des municipalités régionales de comté et des municipalités locales du Québec
UQAM	Université du Québec à Montréal

Programmes

PEFSAD	Programme d'exonération fiscale pour les services d'aide domestique
REER	Régime enregistré d'épargne-retraite
RIC	Régime d'investissement coopératif

Introduction

Au Québec, les coopératives évoluant dans le domaine sociosanitaire ont connu en l'espace de dix ans, soit de 1989 à 1999 une croissance rapide, passant de quelques-unes à près d'une soixantaine. Ceci signifie des centaines d'emplois maintenus ou créés, une activité économique de plusieurs millions de dollars et surtout, la construction d'un espace de démocratie et de mise en oeuvre du *self-help*.

Partant d'un secteur d'activités initial, celui du transport ambulancier structuré à la fin des années 80, ces entreprises sont désormais présentes dans au moins 5 autres sphères d'activités soit les services à domicile, l'hébergement spécialisé, le regroupement de professionnels, les services cliniques et les regroupements de nature commerciale. Certaines de ces coopératives chevauchent deux secteurs d'activités, ce qui témoigne de la volonté des sociétaires d'utiliser plus largement les services de la coopérative. Expression de l'adaptation de la formule à diverses exigences, les coopératives oeuvrant dans le domaine sociosanitaire se présentent selon trois déclinaisons de sociétariat : consommateurs, travailleurs et de solidarité.

L'émergence de ces coopératives résulte de différents contextes, absence de ressources, volonté de participer à l'organisation du travail et large consensus autour de besoins émergents pour n'en citer que trois, mais qui généralement s'inscrivent comme une composante de l'évolution des rapports public-privé dans les services de santé et les services sociaux. Cela ne va pas sans conséquence et sans signification surtout dans un domaine aussi névralgique que celui de la santé.

Basé sur des fiches produites pour les fins d'une journée d'étude sur la présence coopérative dans le domaine sociosanitaire, qui a regroupé une centaine de personnes à l'automne 1998, lesquelles fiches ont été mises à jour à l'hiver et au printemps 1999, ce document brosse un état de l'évolution de ce phénomène relativement récent. Il ne s'agit pas d'une analyse approfondie des tendances mais plutôt d'une caractérisation de la présence des coopératives dans le domaine sociosanitaire selon les 6 secteurs mentionnés.

La démarche s'inscrit aussi dans la continuité d'un travail similaire mais de portée internationale, réalisé de 1995 à 1997 par les Nations Unies et qui a donné lieu à la publication d'un imposant rapport sur le sujet dont il sera fait mention dans ce document (Nations Unies, 1997).

1. Considérations historiques de la présence des coopératives dans le domaine sociosanitaire au Québec

On doit remonter au milieu du XIX^e siècle pour assister au Québec aux premières manifestations d'actions collectives dans le champ sociosanitaire. En fait, quelques mutuelles seront alors créées pour répondre aux besoins de personnes cherchant à se protéger, par une formule collective, des risques inhérents à un décès (assurance-vie) et à la maladie (Girard, 1999).

Près d'une centaine d'années plus tard, Jacques Tremblay, un jeune médecin du quartier populaire de Saint-Sauveur à Québec va s'engager dans la promotion de la médecine coopérative. Sera ainsi formée en mai 1944 la Coopérative de santé de Québec. Deux ans plus tard, en juin 1946, cette entreprise étend son action à l'échelle du Québec et devient les Services de santé du Québec (SSQ). Le docteur Tremblay décrit ainsi la médecine coopérative qui doit s'y pratiquer :

C'est une organisation volontaire, privée, sans influence politique, composée d'individus qui s'unissent dans le but de se procurer les services médicaux. Elle s'appuie sur les quatre principes suivants : pratique médicale par équipe; médecine préventive; paiement périodique; contrôle des consommateurs (Ouellet, Vallières, 1986).

Cette coopérative offrait ses services dans un contexte où le financement et la prestation des services de santé relevaient en partie de l'initiative privée. Dans le cours de la Révolution tranquille, la volonté de l'État d'offrir une couverture universelle d'assurance-santé va se traduire pour cette organisation par une transformation de ses activités. Sous le nom de SSQ, elle va désormais se concentrer dans des programmes d'assurance-groupe.

Animées par une nouvelle génération de médecins en quête d'une plus grande justice sociale, quelques cliniques populaires seront fondées en milieu urbain dans les années 1960. Ces organisations veulent changer les rapports entre les professionnels de la santé et les citoyens, elles font la promotion de rapports plus égalitaires. On cherche à diminuer la distance entre le savoir médical et les patients et on encourage une approche multidisciplinaire par opposition à une pratique isolée. Sur le plan de la rémunération, on favorise une plus grande équité salariale selon les diverses tâches. En fait, ces cliniques sont l'expression d'une remise en question du modèle traditionnel de la pratique médicale.

Sans avoir nécessairement un statut juridique de coopérative, ces cliniques, par exemple, celle de Pointe-St-Charles et celle des citoyens de St-Jacques à Montréal, adoptent des règles d'actions

qui s'en inspirent: processus démocratique selon la règle d'un membre, un vote, éducation des usagers, liens étroits avec le milieu, etc., (Boivin, 1988).

Dans la foulée des recommandations de la commission Castonguay-Nepveu sur l'organisation par l'État d'un réseau d'établissements de première ligne conciliant les aspects sociaux et santé, ces cliniques populaires constitueront le terreau favorable à l'implantation des Centres locaux de services communautaires communément appelés CLSC. La volonté du législateur d'avoir un modèle uniforme de prestation à travers la province et des impératifs de financement forcent ces cliniques à s'intégrer dans ce réseau naissant. Seule la clinique de Pointe St-Charles réussit à conserver une relative autonomie.

Outre quelques expériences de centres de santé de femmes qui se développent sur une base de co-gestion ou d'autogestion, ce n'est que vers la fin des années 1980 que se manifesteront de nouveau au Québec des initiatives de création de coopératives dans le domaine sociosanitaire. Depuis, en réponse à des besoins particuliers, portée par divers acteurs et se présentant sous des formes variées, parfois sous statut de coopérative de travailleurs, d'autrefois de consommateurs et depuis 1997, sous le statut de solidarité, la coopérative a trouvé plusieurs voies d'application.

Le développement récent

Le mouvement actuel a véritablement débuté vers la fin des années 1980 dans le secteur du transport ambulancier. Soucieuse d'évoluer vers des relations de travail plus harmonieuses et de favoriser l'expression des besoins des travailleurs, la centrale syndicale la Confédération des syndicats nationaux (CSN) a encouragé et supporté la création de coopératives de travailleurs dans ce secteur. Pour se faire, ces dernières ont procédé au rachat de plusieurs entreprises privées de transport ambulancier. S'étendant sur quelques années, le processus a résulté en la création de cinq coopératives oeuvrant à l'origine dans autant de régions. Depuis, ces coopératives ont étendu leurs activités à d'autres régions. Près du tiers de l'espace habité au Québec est desservi par ce réseau.

À la même époque, avec la volonté de combler des besoins en matière de services à domicile s'adressant à des personnes en perte d'autonomie, des résidents de Sherbrooke ont fondé la première coopérative dans ce secteur, la coopérative de services à domicile de l'Estrie. Les participants au Sommet sur l'économie et l'emploi tenu à l'automne 1996 à l'instigation du gouvernement du Québec, ont reconnu la pertinence de prioriser ce secteur comme champ de développement d'entreprises d'économie sociale sous statut coopératif ou d'organisme à but non lucratif. Bénéficiant de mesures facilitantes, le secteur des services à domicile, a connu, pour la

période des années 1990, la plus importante croissance du nombre de coopératives de l'ensemble du mouvement coopératif¹.

C'est aussi à la fin des années 1980, que les établissements de santé de la région Mauricie-Bois-Francis vont s'unir pour fonder une coopérative dans le but de regrouper leur achat. Ce concept s'appliquant à l'achat a été repris à la fin des années 1990, toujours sous la forme coopérative par des cabinets d'audioprothésistes. Depuis le milieu des années 1990, devant composer avec une diminution de l'offre de services publics (CLSC), sans qu'ils soient nécessairement fournis par des entreprises privées à but lucratif (cliniques), des citoyens de quelques régions se sont regroupés en coopératives en vue d'offrir un lieu de pratique pour divers professionnels de la santé. Les coopératives de services de santé, ont pris naissance en 1995 à St-Étienne-des-Grès dans la Mauricie. En matière d'hébergement spécialisé, en réponse à des contextes différents, la rareté de ressources d'hébergement pour la convalescence et la fermeture d'un centre d'accueil pour personnes âgées, deux coopératives de type travailleurs ont aussi vu le jour en 1997. Également se voulant une alternative à un hébergement public moins accessible et à un hébergement privé à but lucratif se concentrant dans des marchés de clientèles aisées, des projets de coopératives de solidarité, proposant sous un même toit l'habitat et des services de santé, sont possiblement en préparation dans certaines municipalités. Enfin, des professionnelles de la santé, infirmières et praticiennes de médecines alternatives se sont aussi regroupées ces dernières années sous forme de coopératives dans le but de créer leur emploi et de définir elles-mêmes leurs conditions de travail.

Prenant acte de ce développement multiple et diversifié, le mouvement coopératif s'est donné depuis 1996 un lieu de discussion et de concertation sur le développement coopératif dans le domaine sociosanitaire. Relevant du Conseil de la coopération du Québec (CCQ), un groupe de travail a principalement cherché au fil des ans à développer des stratégies susceptibles de faciliter la présence des coopératives dans ce domaine. À son crédit, soulignons;

- la formulation d'une vision stratégique de la présence des coopératives dans le domaine sociosanitaire, document largement diffusé qui a été adopté par de nombreux organismes dont le Conseil Canadien de la Coopération (CCC), le CCQ et des coopératives de développement régional (CDR) (document en annexe);
- la rencontre d'intervenants associés à des coopératives, des représentants de réseaux ou d'organismes évoluant dans la santé et des individus qui réfléchissent à l'avenir du système;

¹ C'est ce que révèle la consultation des données statistiques publiées annuellement par la Direction des coopératives du ministère de l'Industrie et du Commerce et les données colligées par la Fédération des coopératives de services à

- l'organisation en 1998 d'une journée de réflexion où une centaine de représentants de coopératives provenant de cinq des six secteurs identifiés dans ce document ont discuté de moyens de mieux faire valoir l'option coopérative comme alternative au binôme réducteur public-privé à but lucratif (les actes de cette journée sont cités dans la bibliographie) et;
- une collaboration aux activités entourant la tenue de l'assemblée du comité des coopératives de santé de l'Alliance coopérative internationale tenue à Québec à la fin de l'été 1999.

2. Éléments d'interprétation

Comme nous l'avons vu précédemment, la présence des coopératives dans le domaine sociosanitaire répond à différents besoins qui s'inscrivent comme partie prenante de la modification des rapports public-privé dans les services de santé et les services sociaux. Au Québec, depuis les quarante dernières années, le développement du système de santé et de services sociaux a connu deux périodes distinctes. Une première séquence couvre la période 1960 à 1980 où le gouvernement augmente de façon constante les ressources consacrées à la fonction sociosanitaire. La seconde séquence, celle de 1980 à 2 000 et en particulier le dernier quinquennat, illustre plutôt une tendance à la stabilisation des dépenses publiques. Au même moment, conjuguée à l'augmentation des besoins, la portion des dépenses de nature privée dans l'ensemble des dépenses est passée de 18 à 32 %. Le Groupe de travail sur la complémentarité du secteur privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système public de santé au Québec --par la suite, le Comité Arpin -- a déterminé dans ses travaux que les transformations du rapport public-privé au cours des dernières années n'ont rien d'exceptionnel mais ont constitué une mise à niveau du Québec comparativement à ce qui existe dans les autres provinces en termes de proportion de contribution public versus privé. Le seul élément plus perceptible serait la vitesse avec laquelle cette transformation du rapport public-privé s'est opérée. Un contexte de rattrapage expliquerait cette situation².

La stabilisation et dans certains cas, la réduction relative des ressources publiques dans un contexte où les besoins augmentent, n'évoquons ici que le phénomène de vieillissement de la population et celui du coût des nouvelles technologies, ne peut être compensée que par un apport accru provenant des initiatives privées. Le Comité Arpin a clairement distingué dans son rapport deux types d'initiatives privées : celle à but lucratif et celle à but non lucratif (Groupe, 1999).

domicile du Québec. Voir ministère de l'Industrie et du Commerce, *Coopératives du Québec, données statistiques*, éditions sur différentes années et Fédération des coopératives de services et de soins de santé du Québec, 1999.

² Contrairement à la situation prévalant ailleurs au Canada, le Québec aurait tardé à s'engager dans ce mouvement de rééquilibrage public/privé (Groupe, 1999).

L'entreprise privée à but lucratif cherche à se substituer à l'État dans des secteurs susceptibles d'assurer une bonne rentabilité du capital investi. Les centres d'hébergement en milieu urbain, les services et soins à domicile auprès de populations aisées, les mégacliniques offrant l'accès à une technologie de pointe aux personnes bénéficiant de couverture d'assurance autre que celle du régime de la Régie d'assurance-maladie du Québec (RAMQ), ne sont que quelques exemples de l'intérêt qui anime les promoteurs de ce type d'entreprises.

Mais entre l'offre de services par l'État et celle d'entreprises à but lucratif, il reste des besoins à satisfaire. Car si le premier acteur réduit ou plafonne ses ressources, le second risque fortement de produire des injustices dans l'accessibilité et la qualité des soins (Forum national sur la santé, 1997). C'est cet espace que se proposent d'occuper avec d'autres, des entreprises privées à but non lucratif, en l'occurrence des organisations coopératives. Ces dernières cherchent à répondre à des besoins d'usage : des individus qui veulent optimiser la satisfaction de leurs besoins -- accessibilité, qualité et disponibilité de services, conditions de travail -- dans un cadre démocratique. L'économiste français Claude Vienney a démontré que la coopérative trouve souvent son lieu de développement dans des secteurs délaissés de l'entreprise marchande car jugés d'une rentabilité insuffisante d'un strict point de vue économique (Vienney, 1994).

En ce sens, la présence des coopératives dans le domaine sociosanitaire apparaît comme le fruit de la transformation du rôle de l'État qui laisse un plus grand espace au secteur privé. De l'avis du Conseil de la santé et du bien-être, la part accrue d'intérêts privés dans le système de santé résulte d'arbitrages entre de grands enjeux notamment budgétaires et de rapports de force entre de puissants groupes (Conseil de la santé et du bien-être, 1997). Les coopératives n'ont guère d'emprise sur cette dynamique régulée à un autre niveau.

Le développement récent des coopératives dans le domaine sociosanitaire au Québec doit plutôt être compris comme la volonté de diverses populations d'organiser et de prendre en charge des activités qui les concernent. Au coeur des transformations du rapport public-privé dans le domaine sociosanitaire et des services sociaux, par sa nature conciliant le social et l'économique, la coopérative s'avère un moyen original permettant à ces personnes d'avoir leur mot à dire dans un domaine où elles sont souvent réduites à un simple rôle de consommateurs de services. Nonobstant cette donne, les citoyens exigent de prendre part aux décisions concernant leur santé (Forum national sur la santé, 1997). Cette dimension est capitale quand on sait que dans le domaine sociosanitaire, il existe un important déséquilibre d'information entre les individus et les professionnels. Généralement, la détermination du type de services à consommer provient des personnes qui offrent ces services et non de celles qui les consomment. De plus, ce déséquilibre, nous rappelle le Conseil des affaires sociales dans un ouvrage publié en 1990, tend à s'accroître avec les années notamment en raison du développement technologique, de l'avancement de la

recherche scientifique et de la spécialisation accrue des professionnels (Conseil des affaires sociales, 1990).

Le développement coopératif et communautaire dans le domaine sociosanitaire est reconnu et encouragé par l'État. Dans un rapport rendu public à l'automne 1996, le ministère de la Santé et des Services sociaux plaide pour l'établissement de nouveaux partenariats entre les secteurs public, privé et communautaire. On évoque à titre d'exemple de la présence de coopératives, l'aide à domicile aux personnes âgées, le soutien aux familles (ménages actifs), l'hébergement des personnes âgées. On suggère aussi des formules novatrices de partenariat en matière de services auxiliaires (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1996).

Trois ans plus tard, le rapport du Comité Arpin reprend à son compte ces exemples d'application du développement coopératif mais en les approfondissant -- hébergement pour personnes autonomes et semi-autonomes, gestion des services périphériques -- et en ouvre sur de nouvelles perspectives, en particulier, sur les projets de coopératives de services de santé (Groupe, 1999).

2.1 Un phénomène international

Les modifications du rapport public-privé dans les services de santé et les services sociaux ne sont pas propres aux seuls contextes québécois et canadien. La majorité des pays développés et en développement sont aussi sujets à de tels bouleversements qui s'expliquent par la convergence de plusieurs facteurs dont la crise de l'État-providence et l'influence du courant néo-libéral. Les cheminements sont différents mais les conséquences souvent identiques :

- À l'image du Canada et du Québec, des systèmes sociosanitaires fortement publics devant désormais composer avec d'autres secteurs privés à but lucratif et à but non lucratif;
- Des systèmes sociosanitaires qui se voient imposer, par des institutions internationales tels la Banque mondiale et le Fonds monétaire international une limitation importante des pouvoirs publics au profits des entreprises privées à but lucratif.

Si on s'appuie sur une seule combinaison public-privé à but lucratif dans une perspective où le premier s'efface au profit du second, des pans entiers de population risquent d'être abandonnés à leur sort dans un domaine aussi crucial que celui de la santé et des services sociaux. L'exemple classique qui illustre bien cette situation inéquitable est celui des États-Unis où près de 40 millions de personnes ne sont ni admissibles au régime public ni en mesure de souscrire à une assurance privée dans ce domaine. La situation est encore plus dramatique dans d'autres pays en développement. Ainsi en Afrique, tel que rapporté dans une étude de la Banque mondiale de

1995, dans plusieurs pays, un pourcentage important de la population est littéralement abandonné à son sort. La présence de l'État y est très limitée et les entreprises à but lucratif réservent leurs services à la mince couche de la population en mesure d'assumer les coûts (Shaw, Griffin, 1995). Pour diverses organisations familières avec l'intervention terrain dont Solidarité Mondiale, l'action collective sous forme de mutuelles et de coopératives se révèle un moyen approprié pour contrer ces effets de ségrégation socio-économique (Solidarité mondiale, 1996).

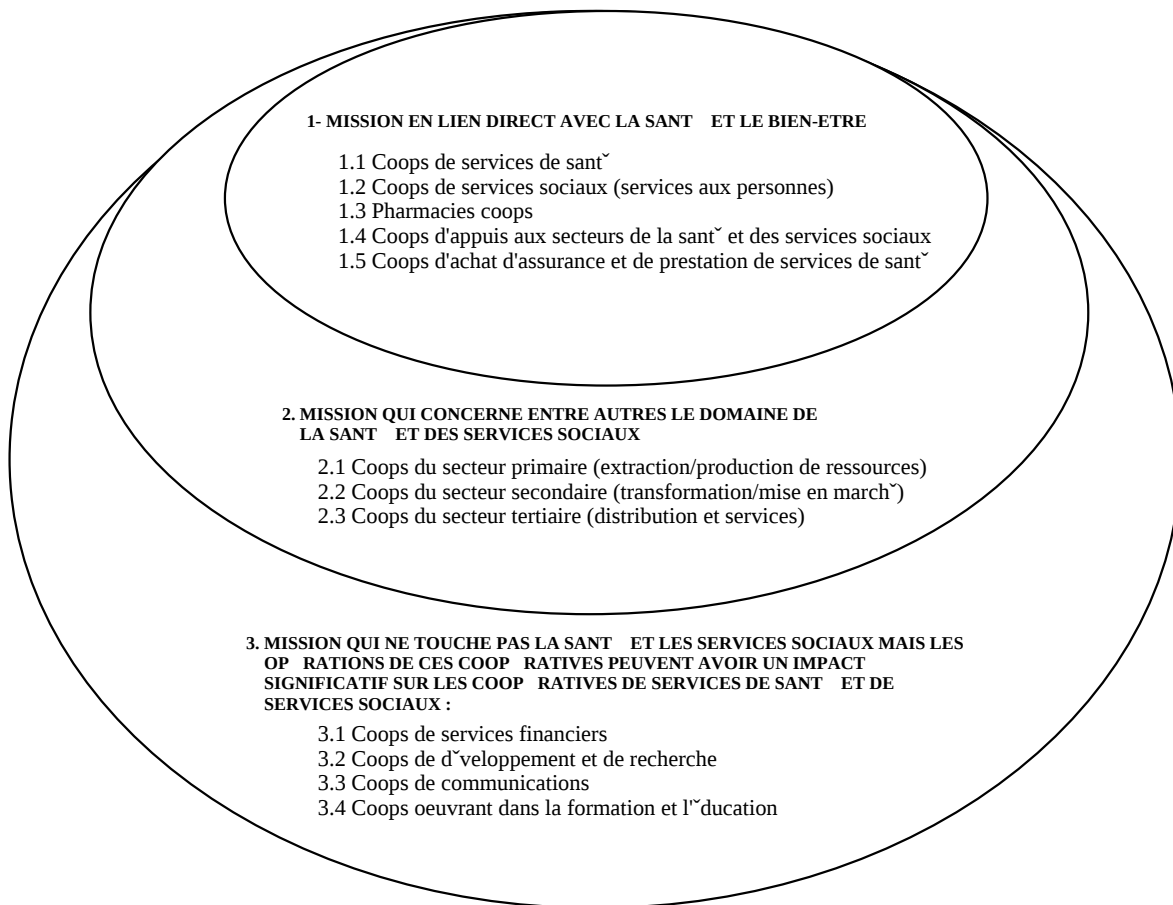
C'est dans ce cadre que les Nations Unies ont reconnu depuis les années 1980 la pertinence de l'option coopérative en matière de santé et de services sociaux. Que ce soit par des résolutions adoptées par l'assemblée générale ou des rapports du secrétaire général, il s'agit pour cette organisation, d'un moyen à mieux faire connaître et à supporter pour contrer l'effet d'exclusion de larges pans de la population des systèmes sociosanitaires faisant trop largement appel à des initiatives privées/marchandes. Ainsi, dans le respect des principes de libre adhésion et d'absence de discrimination, la coopérative est ouverte à tous. Les Nations Unies reconnaissent de plus que cette formule permet de maintenir un espace de démocratie dans l'organisation et la prestation des services de santé et des services sociaux. Par les règles d'actions propres à l'organisation coopérative, les citoyens ont ainsi l'opportunité de faire valoir leurs attentes et d'orienter les services.

2.2 Une classification

Sauf pour de grands réseaux institutionnalisés, qui au fil des ans se sont fait connaître comme c'est le cas des coopératives de santé au Japon qui s'adressent à près de 20 % de la population³ ou des coopératives de santé au Brésil qui regroupent près du tiers du corps médical, ou encore de l'important réseau des pharmacies coopératives de Belgique, peu d'échos se sont dégagés des projets de coopératives évoluant dans ce domaine ces dernières années. Ce n'est pas étonnant car les initiatives sont restées généralement à échelle réduite s'inscrivant surtout dans des problématiques de développement local. C'est pour combler cette lacune que les Nations Unies ont entrepris en 1995 de broser un tableau de ce phénomène relativement nouveau. Devant la variété des expériences recensées, les auteurs du rapport publié en 1997 (Nations Unies, 1997), ont procédé à l'élaboration d'une grille de classification (tableau 1). Essentiellement, la place occupée dans cette grille par la coopérative est déterminée par l'importance qu'occupe dans sa mission l'intervention dans le domaine sociosanitaire. L'intérêt de ce portrait d'ensemble est d'illustrer les diverses applications de la formule. De plus, il favorise une compréhension plus globale du potentiel de développement.

³ Il y a deux réseaux de coopératives de santé et l'affiliation se fait généralement sur une base de ménage (unité familiale).

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



(Nations Unies 1997)

Pour les fins de ce texte, nous avons retenu exclusivement le premier groupe de cette typologie, soit la catégorie 1. De cette première sélection, nous avons conservé les domaines d'activités de coopératives présentes au Québec (tableau 2). Ainsi sont exclues, les pharmacies coopératives (1.3), car contrairement à la Belgique, les dispositions légales au Québec ne permettent pas la création de telles coopératives non plus que les coopératives conciliant des fonctions d'assurance et de prestation de services de santé (1.5). Ce dernier modèle fait référence aux organisations de soins intégrés de santé (telles aux États-Unis, les Health Maintenance Organization (HMO) opérant sous un mode coopératif, telle la coopérative de Puget Sound qui dessert près de 50 % de la population de Seattle dans l'État de Washington). Le cadre canadien de financement des services de santé et services sociaux ne se prête pas à ce type d'organisation.

Le lecteur remarquera qu'outre la classification en fonction du champ d'intervention, le tableau 2 permet de distinguer les types de coopératives soit :

- la coopérative de consommateurs: propriété des usagers;
- la coopératives de travailleurs: propriété des employés-sociétaires;
- la coopérative de solidarité: propriété des usagers, des travailleurs et des individus ou des organismes partageant la raison d'être de l'organisation et;
- la coopérative de producteurs: propriété de professionnels (livrant des services sociosanitaires) ou d'établissements.

Tableau 2 : Classification des coopératives dans le domaine sociosanitaire au Québec (1999)

Rapport des Nations Unives (i.e. Tableau 1)	Formes, applications et importance au Québec	Classification dans ce document
1.1. Coopératives de services de santé	<i>Usagers</i> - Coopératives de services de santé (3) <i>Solidarité</i> - Coopérative de soins infirmiers (1) <i>Travailleurs</i> - Coopérative de médecine douce (1) - Coopératives de techniciens ambulanciers (5) - Coopérative de convalescence (1)	Coopératives de services de santé Coopératives de professionnels Coopératives de professionnels Coopératives de techniciens ambulanciers Coopératives d'hébergement spécialisé
1.2. Coopératives de services sociaux	<i>Usagers</i> - Coopératives de services à domicile (5) <i>Solidarité</i> - Coopératives de services à domiciles (25) - Projets de coopératives d'hébergement avec services de santé (3) <i>Travailleurs</i> - Coopératives de services à domicile (3) - Coopérative d'hébergement de longue durée ¹	Coopératives de services à domicile Coopératives de services à domicile Coopératives d'hébergement spécialisé Coopératives de services à domicile Coopératives de d'hébergement spécialisé
1.3. Coopératives d'appui aux secteurs de la santé et des services sociaux	<i>Travailleurs</i> - Coopérative de distribution de matériel orthopédique (1) <i>Producteurs</i> - Coopérative d'approvisionnement d'établissement de santé (1) - Coopérative d'appui à des cabinets d'audioprothésiste (1)	Coopérative d'approvisionnement et de distribution Coopérative d'approvisionnement et de distribution Coopérative d'approvisionnement et de distribution

¹ Cette coopérative a aussi une composante soins infirmiers

Dans la section suivante, sont reprises en détail chacune de ces catégories en présentant l'information selon :

- les données contextuelles;
- les applications de la formule coopérative;
- les services offerts;
- les usagers;
- la structure;
- les professionnels;
- le financement;
- l'affiliation et;
- les relations avec d'autres établissements.

3. Les coopératives de services de santé

Des besoins en santé dans certaines communautés peuvent créer des solidarités menant à des projets concrets de prise en charge comme la Coopérative de services de santé Les Grès. Cette coopérative a été la première du genre à voir le jour au Québec en 1995. Depuis, d'autres ont suivi⁴.

La situation prévalant à l'origine du développement de ces coopératives est sensiblement identique: absence de services de santé de première ligne à proximité du milieu de vie. Ces municipalités comptent aucun point de services d'établissements publics (CLSC) ou privés (clinique). Bien qu'elles soient peu éloignées de villes comme Trois-Rivières et Montréal, ces municipalités et leurs citoyens désirent être desservis sur place par des effectifs médicaux adéquats. L'importance de l'accessibilité à des services de première ligne à proximité se justifie entre autres par la croissance démographique que connaissent ces villes depuis quelques années, croissance accompagnée d'une diminution des services offerts par les CLSC et d'un engorgement chronique des urgences des hôpitaux. Deux sondages réalisés respectivement en 1996 et 1998 par la Chaire de coopération Guy-Bernier de l'UQAM avec la collaboration de l'Union des municipalités régionales de comté et des municipalités locales du Québec⁵ (UMRCQ) révèlent que les carences sur le plan de la disponibilité des ressources de première ligne sont plus fréquentes ou répandues qu'on pourrait le croire. De plus, il semblerait que l'on observe aussi des carences semblables en milieu urbain, particulièrement dans des quartiers défavorisés. Dans

⁴ Soit une, en opération et une autre, en installation. D'autres projets sont également en préparation.

⁵ Porte maintenant le nom de la Fédération des municipalités du Québec.

ces cas, les cabinets privés ne peuvent relayer les CLSC pour assurer une couverture 24 heures, 7 jours.

Dans son rapport, le Comité Arpin évoque les expériences coopératives de prise en charge présentées dans cette section. De l'avis du comité, il ne fait pas de doute que ces communautés se donnent « les moyens d'améliorer l'accès aux services dont elles ont besoin tout en se dotant d'un patrimoine collectif sur lequel les membres peuvent exercer un certain contrôle » (Groupe, 1999).

La formule coopérative

À ce jour, les coopératives de services de santé ont adopté le modèle de coopérative de consommateurs. Dans ce cadre, elles fournissent directement ou indirectement des biens et services à leurs membres pour leur usage personnel et demeurent la propriété de ceux-ci. Elles respectent les principes d'accessibilité et de gratuité, au même titre que les établissements privés ou publics en ce qui concerne le panier de services couverts par l'État. Quant aux services offerts sur une base privée, ils sont assumés par les individus, directement ou par le biais des régimes d'assurance privés.

La mission première de ces coopératives est de donner ou de rendre accessibles les services et soins de santé aux membres. Par contre, en ce qui a trait aux services couverts par la RAMQ, l'accessibilité selon les termes de la Loi canadienne sur la santé doit également être assurée aux non-membres. Les services visent l'amélioration de la santé de la population dans plusieurs domaines et on tente de donner une orientation majoritairement préventive aux services et soins dispensés. Ces organisations se distinguent nettement des cliniques ou polycliniques propriétés de médecins entrepreneurs; leur objectif premier étant de rendre accessibles des services qui ne seraient pas autrement fournis dans la région et non de maximiser le rendement sur le capital investi. Par ailleurs, il est important de mentionner que leur développement doit se faire dans une optique proactive pour en assurer ainsi une certaine viabilité voire même rentabilité pour le développement d'autres activités.

Le concept de coopérative de services de santé tel qu'il se trouve au Québec n'est pas un modèle intégré de prestation directe de services aux usagers-membres et ce pour diverses raisons. Pour bénéficier du financement public, compris ici comme le panier de services offert par l'État et considéré comme médicalement requis, l'accès universel aux services d'un médecin doit être garanti car restreindre cet accès aux seuls membres de la coopérative contreviendrait aux lois québécoise et canadienne de la santé.

En ce qui concerne les professionnels de la santé, ceux-ci sont réglementés par des codes de professions. Dans certains cas, des contraintes pèsent sur l'application de la formule coopérative. Ainsi, tel qu'évoqué précédemment, une pharmacie doit être exploitée et possédée par le pharmacien, ce qui empêche les membres d'une coopérative d'usagers d'en être propriétaires⁶.

Dans le cadre actuel, ces coopératives offrent donc un modèle de pratique médicale encore éloigné de celui développé depuis le début des années 1960 en Saskatchewan ou dans d'autres régions du monde. Au Québec, les médecins conservent leur autonomie, ils ne sont pas salariés de la coopérative; cette approche n'encourage pas une approche multidisciplinaire. La concentration des activités de ces coopératives dans des volets essentiellement sanitaires fait que pour le moment il y a peu d'intégration dans la pratique des aspects sociaux. De plus, les exigences administratives et les limitations professionnelles laissent peu de marge aux coopératives pour renforcer le lien d'usage avec le membre. Il s'agit d'un défi important à relever pour le devenir de la formule. L'utilisation du modèle de coopérative de solidarité pourrait certainement modifier les assises populaires de ces organisations qui jouent un rôle significatif sur le plan du développement local. Il s'agit également d'une forme d'ouverture à une association plus étroite des médecins à la coopérative.

La concentration urbaine de médecins provoque des sollicitations de toutes parts en zone semi-urbaine ou rurale. De plus, de grands réseaux de pharmacies présents en ces milieux, souhaitent s'adjoindre la pratique de médecins à proximité de leur commerce souvent en offrant des conditions de location avantageuses. Les coopératives de services de santé doivent composer avec cette double exigence pour recruter des médecins.

Les services

Les coopératives de services de santé se sont développées suite à la nécessité d'offrir à la population des services de santé de première ligne. Ne pouvant le faire directement sauf exception pour les raisons citées précédemment, elles rendent disponibles ces services par la location d'espaces de travail aux professionnels intéressés. Ainsi, elles fournissent le local et dans certains cas, l'équipement de base. Ce concept clé en main encourage la pratique des professionnels de la santé dans ces régions. Des médecins, des optométristes, des dentistes, des psychologues et des pharmaciens, de même qu'un point de services d'un CLSC occupent les espaces locatifs des coopératives. Une des coopératives offre directement le service de

⁶ Toutefois, la formule coopérative pourrait être envisagée par des pharmaciens sous la forme de coopérative de travail de premier niveau en concentrant ses activités au niveau de la vente directe des produits pharmaceutiques aux individus ou en formant une coopérative de deuxième niveau en dirigeant ses activités sur le plan de la production et de la distribution. Un regroupement d'achat de pharmacies peut aussi prendre cette forme.

physiothérapie. Elle dispose aussi d'un point de services dans une autre municipalité, question de désengorger le siège social et de rendre plus facilement accessibles les services.

Les usagers

Sont considérés comme usagers les membres et les non-membres qui consomment un ou des services offerts par la coopérative. La loi ne permet pas pour les services médicalement couverts de restreindre l'accès aux seuls membres de la coopérative mais leur participation peut influencer le développement ou l'accès à certains services réclamés par la population. Ils peuvent ainsi exprimer des attentes en matière de quantité et de qualité de services. Toutefois en termes de valeur ajoutée d'autres avantages sont réservés aux membres telles des réductions lors de l'achat de produits ou services tel que convenu avec les différents professionnels. Par ailleurs, chaque coopérative définit les modalités d'adhésion.

Paradoxalement, le principal désavantage pour les membres découle du principe d'universalité de la Loi canadienne sur la santé (1984). Les membres d'une coopérative passablement fréquentée doivent composer avec une limitation de l'accessibilité aux services au même titre que des non-membres qui disposent du même droit d'accès. Cette situation peut être difficilement contournée pour l'instant.

La structure

Les coopératives de services de santé sont dotées des mêmes structures démocratiques que les autres types de coopératives. Il s'agit de l'assemblée générale, du conseil d'administration et dans un cas, d'un conseil exécutif. Cette dernière instance est composée de membres et d'employés qui assurent la gestion de la coopérative en fonction des intérêts des membres. D'autres comités ont été créés pour couvrir des domaines qui ont trait aux activités et à la participation des membres tels un comité d'éducation et un comité des relations publiques.

Les professionnels

Les médecins exercent en pratique privée dans les coopératives et sont rattachés à des hôpitaux ou des CLSC s'ils n'excèdent pas dix années de métier. Ils sont rémunérés à l'acte tout comme dans les polycliniques privées mais n'ont pas à assumer les mêmes risques d'affaires: ils sont liés par contrat à la coopérative. C'est un modèle de partage des risques innovateur gagnant-gagnant.

En ce qui concerne les autres professionnels de la santé, ils peuvent venir sur invitation de la coopérative qui a identifié préalablement les besoins ou ils peuvent offrir leurs services. Bien entendu, la présence des médecins est pratiquement incontournable mais vient s'y greffer tout professionnel recherché et admis par les mandataires de la coopérative.

Le financement

Les revenus des coopératives de services de santé proviennent principalement des activités de location. Une aide substantielle a toutefois été accordée par les autorités municipales et les caisses populaires de chacune des villes pour faciliter le démarrage. La capitalisation de ces coopératives a été réalisée par l'émission de parts sociales et de parts privilégiées. Par ailleurs, depuis peu, une fondation oeuvre en marge des activités d'une de ces coopératives.

Affiliation

Les coopératives ne font pas partie d'une fédération mais entretiennent des liens complémentaires avec les organismes sur leur territoire afin d'éviter le dédoublement de services. Une telle structure deviendra peut-être nécessaire si le nombre de coopératives de services de santé croît considérablement dans un futur rapproché.

Les relations avec d'autres acteurs, avec d'autres établissements

Les organisations syndicales ne s'opposent pas de facto à ce type de coopérative car pour l'instant, ces entreprises rendent disponibles des espaces de location commerciaux à des professionnels de la santé. Il n'y a donc pas de substitution d'emplois au détriment du secteur public. Cependant, s'il advenait qu'une communauté réclame des services couverts par l'État mais inaccessibles par le biais des établissements publics, les relations pourraient être plus tendues entre les coopératives, le milieu syndical et certaines institutions publiques.

Bien qu'il y ait des variations entre les régions, les établissements publics perçoivent plutôt favorablement l'implantation de coopératives de services de santé. De plus, les priorités des

coopératives convergent avec celles du gouvernement québécois en ce qui concerne la place accordée au citoyen. L'orientation du gouvernement communiquée dans la politique de la santé en 1992 intitulée, « Une réforme axée sur le citoyen » insiste sur la responsabilisation et la prise en charge par le citoyen de sa santé (ministère de la Santé et des Services sociaux, 1992). Cependant plusieurs contraintes n'ont pas permis de mettre en application cette approche dans le secteur public mais elle a été rendue possible dans les coopératives au sens où les membres doivent assumer l'administration de l'établissement et participer aux prises de décision qui concernent directement ou indirectement leur santé.

Enfin, le projet de loi 404, sanctionné en juin 1998, prévoit entre autres, l'instauration de départements régionaux de médecine générale (DRMG) au sein des régies régionales de santé. Ces départements établiront, dans le respect des priorités de santé et de bien-être et conformément aux objectifs définis par le ministère de la Santé et des Services sociaux des plans régionaux d'organisation des services médicaux généraux. Pour ce faire, ils devront considérer entre autres les ressources disponibles sur le territoire ainsi que la mission et les caractéristiques des établissements qui dispensent les services. Les citoyens, qui se sont donnés des structures pour disposer des services de santé dans leur milieu de vie, devront saisir cette opportunité pour manifester leurs besoins et leurs priorités par le biais de leur coopérative de services de santé.

4. Les coopératives de services à domicile

Ce secteur d'activités a connu une forte poussée de croissance depuis la tenue du Sommet sur l'économie et l'emploi en 1996; ses perspectives sont aussi prometteuses. Par contre, ce développement a suscité et suscite toujours beaucoup de questionnements sur ce que sont ou devraient être les services à domicile. Un retour en arrière devrait permettre de préciser quelques enjeux cruciaux qui concernent des acteurs socio-économiques clés dans ce débat dont les organisations syndicales, représentantes des employés du secteur public et les entreprises de l'économie sociale pour ne nommer que celles-ci.

La première coopérative de services à domicile a vu le jour dans les Cantons-de-l'Est en 1989. Par la suite, deux autres coopératives amorcent leurs activités respectivement en 1992 à Lévis et en 1995 à Laval. Dans le cas de Laval, les 4 CLSC du territoire se sont engagés activement dans le processus de fondation. Cette première cohorte de coopératives offraient principalement des services d'assistance à domicile et d'aide domestique à une clientèle âgée composée majoritairement d'individus en perte d'autonomie qui devaient être référés par le réseau hospitalier ou les CLSC. Les coopératives ont donc ciblé dès le départ un champ d'activités précis et ont agi en complémentarité avec le réseau public à sa demande.

En 1996, lors de la tenue du Sommet sur l'économie et l'emploi, à la recommandation du Chantier sur l'économie sociale, des mesures sont annoncées pour favoriser le développement d'un réseau viable d'entreprises spécialisées en services à domicile selon un statut de coopérative ou d'organisme à but non lucratif. Dans le dessein de faciliter la structuration de ce réseau émergent, et pour contrer le travail au noir, le gouvernement du Québec a préparé le programme d'exonération pour les services d'aide domestique (PEFSAD) et y a consacré un budget de 79,4 millions étalé sur trois années. Les objectifs de ce programme étaient et sont toujours de soutenir des initiatives locales en permettant de créer et de consolider des services à domicile. De plus, le Mouvement Desjardins dont l'Assurance-Vie Desjardins-Laurentienne (AVDL) ont facilité le développement du réseau coopératif de services à domicile par le biais de divers incitatifs financiers et supports techniques. En date d'août 1999, 43 coopératives sont opérationnelles, dont 40 sont reconnues dans le cadre du PEFSAD et 33 sont membres de la Fédération des coopératives de services à domicile du Québec. De ce nombre seulement trois coopératives ont plus de 4 années d'existence.

Les coopératives de services à domicile offrent une gamme étendue de services qui répondent aux besoins de leurs membres même si certains de ces services ne sont pas couverts par le PEFSAD. La grande majorité de ces services se situent néanmoins dans les services de base car les besoins à combler y sont nombreux.

La formule coopérative

Les coopératives oeuvrant dans le domaine des services à domicile épousent trois formes de sociétariat : de consommation, de solidarité et de travail. La seconde étant la forme dominante car elle favorise l'expression des attentes et besoins des différents acteurs associés à la coopérative avec une prépondérance pour les sociétaires-usagers. La coopérative permet aux membres, de participer à l'administration de leur entreprise dans le respect de leurs besoins et d'assurer ainsi un meilleur équilibre entre l'offre et la demande.

Les services

Les coopératives répondent à des besoins précis des membres et ont des ententes de collaboration avec les CLSC. Ces ententes ne sont cependant pas uniformes, c'est pourquoi les services diffèrent d'une coopérative à l'autre et d'une région à l'autre. Ils sont répartis entre les services d'activités à la vie quotidienne (AVQ) tels l'assistance et les soins d'hygiène de base et les activités à la vie domestique (AVD) tels la préparation des repas et l'entretien du domicile. Selon un relevé effectué en 1999, les activités à la vie domestique représentent 86 % des heures vendues alors que les soins de santé ne représentent qu'un pourcentage infime des activités des coopératives soit moins de 2 %.

Les services offerts par les coopératives font généralement l'objet d'un protocole d'entente établi avec le CLSC de la région. Ces protocoles déterminent la nature des services qui seront dispensés par les coopératives ainsi que les principes directeurs qui sous-tendent une telle entente et garantissent l'accès au PEFSAD.

Les coopératives de services à domicile cherchent à concilier les besoins exprimés par les membres et les attentes manifestées par des établissements publics dont en premier lieu, les CLSC. Elles reconnaissent et partagent les objectifs et principes régissant la prestation de services dans ce domaine, soit la complémentarité, la continuité, la disponibilité, l'accessibilité. En 1999, le ministère de la Santé et des Services sociaux a renouvelé son intention de poursuivre ces objectifs dans l'optique d'un développement plus efficient du système de santé.

Le vieillissement de la population, le virage ambulatoire ainsi que des initiatives de développement local laissent envisager une augmentation de la demande sur le plan des services à domicile. Le nombre de coopératives pourrait ainsi croître, de nouveaux employés être embauchés et l'offre de services s'ajuster selon la nouvelle donne.

Selon une étude réalisée par la Fédération au cours du second trimestre de 1999, les coopératives avaient alors atteint le plateau des 600 000 heures vendues (FCSDQ, 1999). Des projections laissent entrevoir pour la fin de 1999 une majoration de cette production à 1 000 000 d'heures.

Les usagers

À l'origine, les coopératives ont été créées pour aider les clientèles en perte d'autonomie que ce soit les personnes âgées ou les individus souffrant d'un handicap limitant leur autonomie. Aujourd'hui, les usagers sont les ménages actifs, les personnes en convalescence, les aidants naturels; tout individu ayant un besoin pouvant être répondu par des services à domicile. Tous

les usagers ne sont pas nécessairement membres des coopératives. On évalue cette proportion à 90 %⁷. Le nombre d'usagers est en constante progression. De 3350 qu'il était en 1997 il est passé à 8000 en 1999.

La structure

Dans chacune de ces coopératives, on retrouve les divers paliers décisionnels propres aux coopératives (Assemblée générale, conseil d'administration) mais de plus, on note aussi la présence de comités ad hoc ou permanents traitant, par exemple, de la qualité des services, de l'animation du sociétariat, des communications, et ainsi de suite.

Les professionnels

Le nombre de préposés dans les services à domicile varie en fonction de la dimension de la coopérative. Trois secteurs sont couverts :

- l'aide domestique qui comprend l'entretien ménager, la préparation des repas, la maintenance;
- l'aide à la personne qui vise principalement à offrir des services pour les individus vivant une perte d'autonomie temporaire ou permanente;
- enfin, les soins de santé qui sont dispensés par des professionnels de la santé, infirmières ou infirmières auxiliaires possédant les qualifications requises pour administrer des soins à domicile.

Jusqu'à maintenant plus de 1 800 emplois ont été créés dont 47 % à temps plein. Le nombre d'employés varie entre 10 à 160 selon les coopératives. Ce résultat cadre bien avec les objectifs définis par les représentants des entreprises d'économie sociale en termes de création d'emploi.

Financement

L'AVDL a mis au point un programme en vue de soutenir le démarrage de coopératives de services à domicile. Cet élément a contribué au financement des premières opérations de ces organisations.

Par ailleurs, selon des données de 1998, 55 % des revenus des coopératives proviennent des ventes de services et 45 % de subventions gouvernementales. L'exploration d'autres marchés s'impose pour réduire la dépendance à l'égard de l'État. Le chiffre d'affaires consolidé de ce réseau coopératif a connu une croissance rapide. En l'espace de deux ans il est passé de 1,1

⁷ Ce qui inclut des personnes référées par des membres collectifs, par exemple, un CLSC.

million \$ à 8 millions \$ (Fédération des coopératives de services et de soins de santé du Québec, 1999).

Affiliation

Les coopératives de services à domicile se sont regroupées en 1996 au sein d'une fédération qui leur permet d'appuyer leur développement par la mise en commun de savoir-faire et d'expériences. La fédération assume la représentation des coopératives membres et coordonne les besoins et les attentes de ce réseau. Elle établit des liens entre les coopératives, les partenaires et les interlocuteurs régionaux et nationaux. Depuis 1999, elle supervise également un programme de développement de normes de qualité dans la prestation des services par les coopératives.

De plus, la fédération met à la disposition de ses membres divers services tels la gestion conseil (que ce soit au niveau financier, marketing ou de la gestion), la formation auprès des différents intervenants de la coopérative, la communication et l'approvisionnement de matériel. La Chaire de coopération Guy-Bernier de l'UQAM a collaboré dans la préparation et la diffusion d'un programme-pilote de formation destiné à des administrateurs de coopératives de services à domicile.

La fédération compte à ce jour 33 coopératives membres. Il est à noter que cet organisme a modifié son nom en 1999⁸.

Les relations avec les autres établissements

Chacune des coopératives entretient des liens de partenariat avec divers organismes actifs dans la région: les clubs d'âge d'or, les associations de retraités, les coopératives de développement régional et autres. De plus en plus, les institutions publiques tels les CLSC et les régions régionales encouragent et soutiennent le développement de coopératives de services à domicile dans un souci de complémentarité; certains CLSC s'étant directement investi dans la mise sur pied des coopératives de services à domicile. Les dispositions légales régissant les coopératives de solidarité permettent d'ailleurs à des CLSC de maintenir un lien d'appartenance à titre de membre de soutien.

⁸ L'ancien vocable Fédération des coopératives de services et de soins de santé du Québec a été changé pour Fédération des coopératives de services à domicile du Québec question de refléter son principal domaine d'intervention.

La fédération, en tant qu'organisme de représentation, entretient des relations avec le Conseil de la coopération du Québec, le Mouvement Desjardins, la Fédération des coopératives de développement régional du Québec et d'autres partenaires susceptibles de l'aider à définir un plan d'action conforme aux attentes de la clientèle cible des coopératives et dans le respect des normes publiques.

5. Les coopératives de professionnels

Il existe deux coopératives de professionnels⁹ de la santé qui se distinguent de par la nature des services offerts : la coopérative de solidarité Multi-Santé du Québec métro, localisée à Lévis et la coopérative des travailleuses en santé globale du Québec située à Montréal. L'une se concentre plus particulièrement sur l'offre de services infirmiers alors que l'autre présente une gamme variée de services sociosanitaires (psychosociaux, infirmiers et alternatifs). Dans les deux cas, ce sont des professionnels de la santé qui se sont regroupés en coopérative de travail ou de solidarité, pour répondre aux besoins de santé des individus. Leur but était également de procurer du travail à leurs membres ou catégories de membres dans le cas de la coopérative de solidarité dont un autre objectif s'ajoute au premier compte tenu du type de propriété soit celui de rendre disponibles des services de santé.

Une fois de plus, l'émergence de ces coopératives s'inscrit dans le contexte du virage ambulatoire, qui se définit par une modification en profondeur dans les façons de traiter les patients, changement qui a pour but de réduire l'hospitalisation au bénéfice d'autres interventions tels la chirurgie d'un jour, les soins en externe et les soins à domicile¹⁰. Certains de ces professionnels ont saisi l'opportunité offerte par ce virage pour se lancer en affaires en capitalisant sur un besoin exprimé par des individus qui réclament davantage de soins mais tout en répondant aux attentes d'établissements surchargés qui font appel à ces entreprises pour combler certaines tâches.

⁹ Le féminin est utilisé pour désigner ces coopératives nées de l'initiative de femmes.

¹⁰ Tiré de Anctil, 1996.

La formule coopérative

Le choix d'un modèle de coopérative de travailleurs permet aux membres un contrôle complet sur l'organisation. Par contre, les usagers n'ont pas la capacité d'influencer l'organisation, ce qui est différent avec la coopérative de solidarité.

Les services

La mission de ces coopératives concerne toute intervention dont le but est de répondre aux besoins de santé des individus. Les services seront donc déterminés en fonction des besoins des usagers et seront conçus pour satisfaire les attentes de la population en termes de services et de soins de santé.

Les activités des coopératives sont diversifiées d'une coopérative à l'autre. Elles se situent au niveau des services psychosociaux, des services infirmiers, des services de médecine alternative, des services de réadaptation et d'inhalothérapie. Ces professionnels sont diplômés et dûment reconnus par leurs ordres professionnels respectifs et possèdent les compétences requises pour assurer la prestation de services de qualité. De plus, les coopératives répondent aux standards de qualité exigés dans le secteur public et dans toute entreprise privée soucieuse du bien-être des usagers. Il arrive rarement que la demande de services provienne directement d'individus désireux de bénéficier de services de la coopérative. Ils sont généralement référés par des institutions publiques ou privées.

La menace de dédoublement de l'offre de services et de soins de santé entre le réseau public et les coopératives s'estompe dans la pratique des professionnels qui ont le souci de maintenir des liens constants avec les intervenants du système public.

Les usagers

Tous les individus de tous les groupes d'âge devant recevoir des soins à domicile sont des usagers potentiels des coopératives de professionnels. Pour l'instant, la clientèle est majoritairement composée de personnes âgées ayant un profil d'utilisation plutôt régulier et également à dominance institutionnelle, donc référée par un organisme public CLSC ou centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD). Les efforts consentis pour accentuer davantage le virage ambulatoire ouvrent la porte à tous les usagers du système public de santé qui doivent compléter leur convalescence à la maison et ainsi recevoir des services et soins de santé hors de l'hôpital.

La structure

Ces coopératives, à l'instar de coopératives évoluant dans d'autres secteurs, développent selon leurs besoins des comités pour assurer une meilleure gestion.

Les professionnels

Les coopératives recrutent des professionnels diplômés qui sont aptes à dispenser des soins à domicile. Dans certains cas, une période de probation à l'embauche peut être exigée par la coopérative. Cette période de probation répond à deux exigences:

- la coopérative s'assure que la future employée répond aux exigences de la profession de façon adéquate tout en rencontrant les objectifs de l'entreprise considérant que son embauche en fait une membre à part entière;
- de plus, cette période de probation permet à la future employée de prendre connaissance de la pratique en milieu coopératif et de tester ses aptitudes à travailler au sein d'une entreprise qui consacre une partie importante de ses activités au développement et à l'animation de la démocratie que ce soit sur le plan de la planification, de la gestion ou de la participation.

Les équipements et le matériel nécessaires à l'exécution des tâches par les professionnels sont généralement fournis par la coopérative.

Le financement

À un premier niveau, la coopérative de solidarité peut compter sur ses membres de soutien pour apporter une contribution à la capitalisation de l'organisation ainsi que sur ses membres usagers et ses membres travailleurs. La coopérative de travail pour sa part doit essentiellement s'appuyer sur la mise de fonds en parts de ses membres travailleuses qui sera de façon générale, plus substantielle que dans le cas de la souscription d'un membre usager dans une coopérative de consommateurs ou une coopérative de solidarité.

Les activités courantes de la coopérative génèrent des revenus que ce soit par le biais des montants globaux alloués aux usagers du réseau public ou par des régimes d'assurance privés qui couvrent les services non assurés par l'État. Une facturation directe est une autre possibilité.

Affiliation

Une des deux coopératives est membre de la Fédération des coopératives de services à domicile du Québec depuis le début de ses activités et bénéficie ainsi de tous les avantages rendus disponibles par cette affiliation.

Les relations avec les autres établissements

Les relations des coopératives de professionnels avec les établissements publics reflètent le contexte sociosanitaire au Québec. Le virage ambulatoire et tout ce qui en découle encouragent les initiatives visant le développement et la réorganisation des services et soins de santé. Dans cette optique, de plus en plus d'établissements dont les CLSC privilégient la voie de la collaboration et du partenariat. Enfin, l'intercoopération et la solidarité avec les autres coopératives, que ce soit du domaine sociosanitaire ou autres renforcent les assises et la portée des coopératives de professionnels.

6. Les coopératives de techniciens ambulanciers¹¹

La Coopérative des techniciens ambulanciers de la Montérégie (CETAM) est la première à avoir vu le jour en 1987, sous la forme d'une coopérative de travailleurs. Suite à certaines difficultés dans les relations de travail, les techniciens ambulanciers, encouragés par leur syndicat affilié à la CSN, ont fondé une coopérative pour acquérir l'entreprise qui les employait. Par surcroît, l'adoption du projet de loi 34, concernant la réorganisation des services ambulanciers a été un incitatif pour les propriétaires à vendre leurs entreprises aux travailleurs. Le contexte d'émergence des quatre autres coopératives de techniciens ambulanciers ressemble à plusieurs égards à celui de la CETAM. La transformation des entreprises en coopératives s'est étalée entre 1987 et 1990. Il s'agit donc d'un phénomène plutôt récent. Il est à noter, qu'au cours de cette période il y a eu création d'une coopérative de techniciens ambulanciers sur le territoire de Montréal et de Laval qui regroupait 1200 membres, mais pour diverses raisons, cette entreprise a été liquidée en 1991.

Les étapes clés du développement de ces coopératives ont été l'acquisition des permis des compagnies de services ambulanciers concurrentes et par la suite, le développement et la

¹¹ Cette section s'inspire en grande partie du document publié par le ministère de l'Industrie, du Commerce, de la Science et de la Technologie intitulé *Les coopératives de travailleurs au Québec*, 1995. Toutefois, les données ont été recueillies et ajustées pour la période 1998-1999.

consolidation des filiales dont les activités sont connexes aux activités principales des entreprises.

Le service ambulancier est très réglementé, encadré et contingenté. Ainsi c'est en vertu de la Loi sur les services ambulanciers adoptée en 1990 que les territoires sont accordés à chaque transporteur. De plus, une grande proportion de membres des coopératives de techniciens ambulanciers sont syndiqués. Dans la majorité des cas, c'est le syndicat affilié à la CSN aidé du Groupe de consultation pour la création et le maintien d'emplois au Québec¹², qui a favorisé l'implantation des coopératives de travailleurs dans ce domaine. On dénombre cinq coopératives de techniciens ambulanciers qui exercent leurs activités dans les régions suivantes: la Montérégie, l'Outaouais, la Mauricie, le Québec métropolitain et le Bas-St-Laurent. Deux autres régions sont maintenant couvertes soit le Saguenay-Lac-St-Jean et l'Estrie.

La formule coopérative

Les coopératives de techniciens ambulanciers permettent de créer ou de maintenir des emplois de qualité pour leurs travailleurs membres. Le fait de posséder le statut de propriétaire en plus de celui d'employé crée et entretient un sentiment d'appartenance et un environnement de travail fort différent.

Les prochaines années offrent un défi intéressant à ces coopératives, soit l'acquisition d'autres compagnies de transport ambulancier pour accroître l'offre de travail et ainsi augmenter le membership.

Les services

Les coopératives de techniciens ambulanciers offrent des services publics d'urgence, de protection de la vie, des soins préhospitaliers d'urgence et de transport adapté. Dans ce dernier cas, cette activité relève du ministère des Transports. Depuis juin 1992, le ministère de la Santé et des Services sociaux applique les orientations retenues par un comité consultatif sur le système intégré de services préhospitaliers d'urgence. Ainsi par l'intermédiaire de ses instances régionales, il fixe le nombre de permis et signe avec les entreprises ambulancières des contrats de services comportant des paramètres budgétaires spécifiques. Le secteur est dit normalisé, c'est-à-dire qu'il fonctionne avec un budget fermé, un programme d'assurance qualité, des cours de formation de base totalisant 810 heures, etc.

¹² Porte maintenant le nom de MEC.

Les lois sévères encadrant le transport ambulancier obligent les coopératives à posséder et maintenir leurs équipements en parfaite condition. Les coopératives doivent être à l'affût du développement des nouvelles technologies dans le domaine sociosanitaire et doivent également s'assurer que tous les techniciens possèdent les compétences requises pour assurer une utilisation adéquate du matériel. À ce sujet, la CETAM a initié l'utilisation des moniteurs-défibrillateurs au Québec, lesquels semble-t-il ont un impact significatif sur le nombre de vie épargnée.

Certaines coopératives développent des filiales tels le transport adapté et la formation sur mesure, qui répondent à un besoin particulier auprès de la population de leur territoire ou des sociétaires de la coopérative. Enfin, dans quelques régions, ces coopératives assurent aussi en partie ou en totalité, le service de répartition des appels d'urgence.

Les usagers

Toute personne nécessitant des services préhospitaliers d'urgence est un usager potentiel de ce réseau de coopératives. Les dernières années ont enregistré un accroissement de l'achalandage causé notamment par le virage ambulatoire et le vieillissement de la population. Toutefois, la nature de ces coopératives n'implique pas les usagers dans le processus décisionnel.

La structure

L'importance de quelques-unes de ces coopératives, plus de 100 membres, impose une certaine forme de délégation de pouvoir à un comité exécutif. De plus, des comités spécifiquement mandatés peuvent aussi être créés.

Les professionnels

Les coopératives de techniciens ambulanciers rendent des services essentiels de premier plan dans les milieux où elles évoluent. Reliées directement au secteur de la santé, elles oeuvrent dans un domaine où l'efficacité doit être permanente. Dans l'exercice de leurs fonctions, les techniciens ambulanciers doivent être rigoureux et professionnels d'où l'établissement de mécanismes de formation continue.

Les équipements nécessaires à l'exercice de leur fonction sont fournis par les coopératives. Les techniciens sont rémunérés sur une base hebdomadaire déterminée par la convention collective en vigueur. La pression liée au travail et les horaires souvent contraignants rendent le travail des techniciens plutôt ardu à certains moments. De plus, le nombre d'années de travail est relativement bref considérant l'exigence des tâches liées à l'exercice de ce métier. Les

coopératives doivent donc se tourner vers d'autres possibilités voire développer des activités connexes pour être en mesure de maintenir l'offre de travail à leurs membres (ex.: formation sur mesure).

Le nombre de travailleurs dans chacune des coopératives varie entre 18 et 230 pour un nombre total d'environ 650 personnes.

Le financement

La capitalisation s'est principalement réalisée par des souscriptions de parts sociales et privilégiées par les travailleurs qui ont généralement bénéficié des avantages inhérents au régime d'investissement coopératif (RIC) parfois jumelés avec des régimes enregistrés d'épargne-retraite (REER). Ces coopératives ont pu également compter sur l'appui de programmes gouvernementaux dont ceux de, anciennement, la Société de développement coopératif (avant 1992) devenue la Société de développement industriel (de 1991 à 1999)¹³.

Un tiers de la facturation se fait directement auprès des personnes, soit par l'intermédiaire de leur couverture d'assurance soit en frais direct. Le solde provient des organismes de santé par l'entremise des régies régionales de chacun des territoires. Les coopératives supportent un nombre important de comptes à recevoir considérant que pratiquement aucune transaction n'est effectuée au comptant. Le gouvernement investit chaque année environ 200 millions de dollars dans les services ambulanciers au Québec.

L'augmentation des revenus des coopératives est attribuable à la croissance naturelle de la population et à la modification du portrait sociodémographique, entre autres le vieillissement de la population.

¹³ Depuis lors, cet organisme porte le nom d'Investissement-Québec.

Affiliation

Quelques coopératives adhèrent soit à la Fédération québécoise des coopératives de travail ou à la coopérative de développement régional présente sur le territoire. Outre les moments de négociation à l'échelle du Québec, on observe peu de coordination et d'intercoopération entre les cinq coopératives de techniciens ambulanciers.

Les relations avec les autres établissements

Par la nature de leur travail, les coopératives de techniciens ambulanciers doivent garder un contact régulier et suivi auprès de divers établissements du réseau de la santé dont au premier rang, les centres hospitaliers mais aussi et de plus en plus, les CHSLD. L'allocation des budgets en provenance des régions régionales de santé et des services sociaux nécessite aussi des mécanismes de coordination.

7. Les coopératives d'hébergement spécialisé

Dans la foulée des restrictions budgétaires, les centres d'hébergement n'ont pas échappé à la rationalisation des ressources étatiques dans le domaine sociosanitaire. Ceux qui sont déjà opérationnels ne suffisent pas à la demande. Il manque de places en centre d'hébergement d'autant plus que le virage ambulatoire amplifie le besoin de centres de courte durée pour les personnes devant quitter rapidement l'hôpital mais, qui pour quelques raisons que ce soit, ne peuvent retourner dans l'immédiat à la maison.

Dans un horizon à moyen et à long termes, les CHSLD dans le système public, et les centres d'hébergement de courte durée, sont appelés à prendre de l'expansion eu égard au vieillissement de la population et de l'accroissement des chirurgies d'un jour. De plus, la prochaine génération à utiliser des services de longue durée sera en mesure, pour une majorité, de s'offrir des services plus personnalisés. Ce sera une génération qui ne craindra pas d'investir pour son bien-être.

Donc il faut penser ces services dans une perspective non seulement de majoration du nombre de places pour les personnes âgées dans les foyers ou les CHSLD mais également dans un esprit d'innovation. Les demandes pour les centres d'hébergement spécialisé privés, qui offrent des services aux gens autonomes, semi-autonomes ou en perte d'autonomie sont en forte croissance.

L'hébergement spécialisé, tel qu'entendu par le comité sur le développement coopératif dans le domaine sociosanitaire, est illustré dans l'hébergement de courte durée, par la coopérative Le

Versant et dans l'hébergement de longue durée pour personnes autonomes ou semi-autonomes, proposé par la coopérative de Beauharnois.

La formule coopérative

Les initiatives dans ce genre se sont formées sous la forme de coopérative de travail. Dans un cas, des infirmières et dans l'autre des employés (préposés), ont voulu se procurer du travail par le biais d'une coopérative oeuvrant dans l'hébergement spécialisé.

D'autres projets (3) sont à la phase de l'étude de faisabilité et pourraient éventuellement prendre la forme de coopérative de solidarité. Ces projets s'adressant à des personnes retraitées autonomes et semi-autonomes permettraient de trouver au même endroit, un hébergement sur mesure et l'accès à des services de santé (ex.: des services infirmiers). Le Comité Arpin se montre très favorable à ce type d'initiative qui par l'action collective, améliore la qualité de vie dans les divers milieu (Groupe, 1999).

Les services

La coopérative de convalescence Le Versant propose différents types de services aux patients. Elle peut desservir des personnes qui sont en convalescence suite à un séjour hospitalier, qui nécessitent de l'hébergement suite à un cancer ou à une maladie grave ou encore elle peut offrir de l'hébergement temporaire pour des personnes non autonomes.

La coopérative de Beauharnois est un centre d'hébergement de longue durée pour les personnes âgées. On y retrouve entre autres des services de surveillance et d'assistance, d'infirmières et infirmerie, médicaux, d'entretien ménager et de buanderie, des activités récréatives et ainsi de suite. Bref, la coopérative, située à proximité des nombreux commerces et services est une résidence pour personnes âgées autonomes ou en légère perte d'autonomie disposant de tous les services nécessaires pour satisfaire les clients.

Les usagers

Étant entendu qu'il est autant question de courte que de longue durée, le profil des usagers est très varié. Pour la coopérative de convalescence, tout individu nécessitant des soins ponctuels est un client potentiel. L'hébergement de longue durée s'adresse aux personnes autonomes ou en légère perte d'autonomie préférant demeurer dans une résidence où les nombreux services sont disponibles.

D'autres projets peuvent comprendre des individus de tous âges désirant être propriétaires d'un édifice à logement au même titre que tous les autres membres de la coopérative et se doter de services de santé à même l'établissement. Les coopératives d'hébergement spécialisées englobent donc une clientèle très hétérogène selon les besoins.

Les professionnels

Au total, une dizaine d'employés travaillent dans l'une ou l'autre des coopératives d'hébergement. La coopérative de convalescence fait appel à des infirmières qualifiées pour dispenser des services de santé de qualité aux clients. Les professionnels de la coopérative Beauharnois sont des préposés aux bénéficiaires et une infirmière. Lorsque requis, un podiatre se déplace auprès des personnes âgées. Si la présence d'un médecin est requise, les gens peuvent s'adresser au CLSC ou à leur médecin de famille qui continue de les traiter en établissement. À part les services de préposés et d'infirmier, les clients de l'endroit doivent assumer les frais reliés aux services des professionnels de la santé, par l'intermédiaire de régime d'assurance ou directement.

Le financement

Hormis les différents types de parts qui contribuent à la capitalisation, ces coopératives tirent leur revenu de la location de chambres et des services rendus. Les autres projets de coopératives, de solidarité ou d'usagers, prévoient financer leur projet à même les revenus de location des logements et ainsi offrir des services de santé avec les surplus engendrés par la location.

Affiliation

Ces deux coopératives ont été accompagnées dans leur fondation par des organismes familiers avec la réalité du développement coopératif. Une d'entre elles est membre de la coopérative de développement régional de son territoire.

Les relations avec les autres établissements

Ces deux coopératives entretiennent des relations étroites avec les établissements de santé de leur territoire. La coopérative Le Versant a un suivi régulier et fréquent avec le centre hospitalier et les CLSC de son territoire.

8. Les coopératives d'approvisionnement et de distribution

La présence de ces coopératives, contrairement à celles évoluant dans les autres secteurs présentés dans ce document n'est pas directement liée au virage ambulatoire mais, sauf pour une, découle directement des compressions budgétaires visant le redressement des finances publiques. En fait ces coopératives sont nées d'un besoin d'efficience accru en termes de gestion de services.

Trois coopératives sont en opération dans ce domaine. Il y a une coopérative de regroupement d'achats qui dessert principalement des établissements du réseau public de la santé en Mauricie, une coopérative qui distribue des équipements médicaux pour assurer une réhabilitation à domicile et une coopérative qui fournit des services à des audioprothésistes.

La formule coopérative

Deux de ces entreprises sont formées en coopérative de producteurs. Elles sont donc nées du besoin de se regrouper non pas pour se procurer du travail mais pour s'assurer une marge de manoeuvre financière par le biais du regroupement d'achat ou pour se procurer des services à moindre coût. Les coopératives n'offrent pas de services directement à la population mais permettent aux professionnels et aux établissements de réduire les dépenses et d'orienter l'argent vers d'autres activités.

Les services

La coopérative de la Mauricie, par la force de son pouvoir d'achat dû au regroupement des établissements, procure les biens, les équipements et les services requis par les 26 centres de santé et de services sociaux du territoire. La coopérative de travail de Ste-Agathe-des-Monts est un centre de distribution de produits orthopédiques qui rend disponibles tous les équipements médicaux pour la réhabilitation à domicile y compris les instruments pour administrer les médicaments. Elle ne dispense toutefois aucun soin et ne fournit aucun médicament aux usagers.

La coopérative des audioprothésistes se distingue par la nature du service rendu qui se caractérise par des services aux professionnels. Ces derniers, en se regroupant, s'offrent des services de marketing, de négociation avec le gouvernement, de formation, de soutien technique et ainsi de suite dans le but de combler l'isolement des professionnels et d'assurer la possibilité d'une formation continue à des coûts respectables.

Les usagers

Bien que dans une même catégorie, les usagers sont fort différents d'une coopérative à l'autre. En Mauricie, les usagers sont les 26 centres de santé et de services sociaux de la région ainsi que quelques autres établissements notamment dans le domaine de l'éducation. À Ste-Agathe-des-Monts, les personnes âgées et le CLSC sont les usagers potentiels de la coopérative. Enfin, les audioprothésistes forment le groupe d'usagers pour leur coopérative.

Contrairement à d'autres catégories de coopératives dans le domaine sociosanitaire, les possibilités d'accroissement du membership doivent être pressenties à l'extérieur d'une région donnée par la collaboration d'autres entreprises ou par le développement d'autres activités connexes. Une telle formule dans les activités d'approvisionnement et de distribution peut aisément couvrir une zone davantage régionale plutôt que locale.

La structure

Outre les instances habituelles, on peut retrouver dans ces organisations des comités avec des mandats spécifiques tel un comité définissant des normes ou des critères pour encadrer des ententes de services.

Les professionnels de la santé

Les seuls professionnels de la santé directement impliqués dans ce type de coopératives sont les audioprothésistes. Ces coopératives, qui s'occupent uniquement de distribution et d'approvisionnement, ont davantage besoin de gestionnaires que de professionnels de la santé.

Le financement

La souscription de parts facilite la capitalisation de ces coopératives. Le financement provient des cotisations des membres et des revenus sur les services et biens vendus.

Les relations avec les autres établissements

De par la nature de deux de ces coopératives, elles entretiennent une relation étroite avec les établissements qui sont soit membres soit clients.

Affiliation

Aucune affiliation commune ne lie ces coopératives mais leur adhésion à une coopérative de développement régional ou à la Fédération québécoise des coopératives de travail leur permet d'avoir des liens avec d'autres coopératives complémentaires à leur champ d'activité.

Conclusion

Le portrait présenté dans ce document, à l'instar d'un bilan d'entreprise, est une photographie prise à un moment donné. Comme les transformations ne semblent pas complétées dans le domaine sociosanitaire, les choses continueront d'évoluer. Les membres des coopératives manifestent des attentes, de nouveaux besoins s'expriment. Pour les coopératives en opération, ceci peut vouloir dire de renforcer l'offre et d'élargir la gamme des services offerts voire poursuivre leur intervention en débordant dans un autre secteur. Par exemple, la coopérative de services à domicile qui s'engage dans un projet d'habitation peut offrir à ses sociétaires un hébergement disposant de services de santé; la coopérative de services de santé, à la demande de ses membres, peut développer des services à domicile. L'application de la formule pourrait aussi se retrouver dans des secteurs inédits; des employés de services auxiliaires d'un centre hospitalier se voyant offrir la possibilité de gérer un service par l'intermédiaire d'une coopérative de travail, des chercheurs se regroupant pour mettre en marché leurs découvertes au sein d'une coopérative de producteurs. De nombreux atouts sont à la disposition de ce développement. Outre le réseau des coopératives de développement régional, les réseaux coopératifs existants, à l'image du Mouvement Desjardins pour le réseau des coopératives de service à domicile, pourraient appuyer directement de nouveaux projets. Au Japon, les deux réseaux de coopératives de santé se sont développés avec le soutien respectif des secteurs coopératifs de la consommation et de l'agriculture (Nations Unies, 1997).

De plus, parmi les avantages intrinsèques à la formule, sur le plan de la viabilité, la coopérative s'avère une forme d'organisation qui, dans plusieurs cas, a une espérance de vie supérieure à d'autres formes d'organisations tel que l'a démontré une récente étude du ministère de l'Industrie et du Commerce (Ministère de l'Industrie et du Commerce, 1999).

Dans son rapport, le Comité Arpin formule des recommandations qui s'avèrent d'intéressants repères au développement coopératif. Ainsi dans le domaine du service à domicile, ces propositions touchent le soutien financier des particuliers consommant des services offerts par des entreprises d'économie sociale et des coopératives, la mise en place de normes et standards de qualité et l'incitation à procéder à l'achat de services à domicile pour les usagers prioritaires du réseau public dans ces entreprises.

Le Comité invite l'État à prendre acte des transformations et l'incite à laisser un espace pour que des projets innovateurs de types coopératifs puissent s'épanouir. Ainsi, évoquant les cas des coopératives de services de santé et les coopératives d'hébergement pour personnes retraitées, le Groupe est d'avis « qu'il y aurait lieu, pour le réseau public, de favoriser la diffusion de l'information sur les démarches nécessaires à leur réalisation dans les groupes intéressés ». De plus, poursuit-on dans le rapport, « les démarches auprès des intervenants publics pourraient également être simplifiées de manière à stimuler l'implantation de ces solutions et à accroître leurs chances de succès » (Groupe, 1999).

Bibliographie

ANCTIL, Hervé (1996). « Oui, Non? Pas le choix! » *Revue Notre-Dame*, no 6.

ANGUS, Douglas E. et Pran MANGA (1990). *Efficacité des modèles de prestation coopératifs communautaires des soins de santé*, Association des coopératives canadiennes, 85 p.

BOIVIN, Robert (1988). *Histoire de la clinique des citoyens de St-Jacques (1968-1988)*, VLB éditeur, 259 p.

COMEAU, Yvan, Jean-Pierre GIRARD (1996). « 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, Jean-Pierre GIRARD (1997). « Analyse comparative de différents types d'organismes offrant des services de première ligne en matière de santé », *Cahier de recherche* no 0997-086, Chaire de coopération Guy-Bernier (UQAM) 46 p.

CONSEIL DE LA COOPÉRATION DU QUÉBEC (1999). « Actes de la journée d'étude du 8 octobre 1998 sur le développement coopératif dans le domaine sociosanitaire », 65 p.

CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE (1997). « Évolution des rapports public-privé dans les services de santé et les services sociaux », 60 p.

CONSEIL DES AFFAIRES SOCIALES (1990). *Financement des services de santé : Défis pour les années 90*, Gaëtan Morin éditeur, Gouvernement du Québec, 180 p.

FÉDÉRATION DES COOPÉRATIVES DE SERVICES ET DE SOINS DE SANTÉ DU QUÉBEC (1999). *Rapport annuel 1998*.

FÉDÉRATION DES COOPÉRATIVES DE SERVICES ET DE SOINS DE SANTÉ DU QUÉBEC (1999). *Mémoire* présenté devant le Groupe de travail sur la complémentarité du secteur privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système de santé du Québec

FORUM NATIONAL SUR LA SANTÉ (1997). *La santé au Canada: un héritage à faire fructifier Rapport final*, 36 p.

GARON, Isabelle, Jean-Pierre GIRARD (1999). « État de la disponibilité des services de santé au Québec: Situation dans les villes de 10 000 habitants et moins, Sondage été 1998 », *Cahier de recherche*, no 101, Chaire de coopération Guy-Bernier (UQAM), 39 p.

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, Sondage été 1996 », *Cahier de recherche*, no 081, Chaire de coopération Guy-Bernier (UQAM), 40 p.

GIRARD, Jean-Pierre, avec la collaboration de Suzi BRIÈRE (1999). « Une identité à affirmer, un espace à occuper: aperçu historique du mouvement coopératif au Canada français: 1850-2000 », *Cahier de recherche*, no 108, Chaire de coopération Guy-Bernier (UQAM) et IRECUS, 51 p.

GROUPE DE TRAVAIL SUR LA COMPLÉMENTARITÉ DU SECTEUR PRIVÉ DANS LA POURSUITE DES OBJECTIFS FONDAMENTAUX DU SYSTÈME DE SANTÉ DU QUÉBEC (1999b). *Rapport du groupe de travail*, 117 p. et annexes.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1992). *La politique de la santé et du bien-être*, 192 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1996). *La santé et les services sociaux : Enjeux et orientations stratégiques d'un système en transformation*, 46 p.

MINISTÈRE DE L'INDUSTRIE, DU COMMERCE, DE LA SCIENCE ET DE LA TECHNOLOGIE (1995). *Les coopératives de travailleurs au Québec*, 84 p.

MINISTÈRE DE L'INDUSTRIE ET DU COMMERCE (1999). *Taux de survie des entreprises coopératives au Québec*, 52 p.

MINISTÈRE DE L'INDUSTRIE ET DU COMMERCE (1999). *Coopératives du Québec Données statistiques 1997*, 26 p.

NATIONS UNIES (1997). *Cooperative Enterprise in the Health and Social Care Sectors, A global survey*, 176 p.

NATIONS UNIES (1999). « Report of the Secretary-General, Economic and Social Council Follow-up to the World Summit for Social Development: priority theme: social services for all »

OUELLET Line, Marc VALLIÈRES (1986). *SSQ Mutuelle d'assurance groupe 1944-1984, L'histoire d'un succès collectif*, 147 p.

SECRÉTARIAT AUX COOPÉRATIVES, CONSEIL CANADIEN DE LA COOPÉRATION, CANADIAN CO-OPERATIVE ASSOCIATION ET CONSEIL DE LA COOPÉRATION DE L'ONTARIO (1999). « Guide pour le démarrage de coopératives dans le secteur de la santé », 48 p.

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

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

VIENNEY, Claude (1994). *L'économie sociale*, Éditions La Découverte, 126 p.

Annexe 1

VISION

L'organisation du système de santé

Les membres du conseil d'administration du Conseil de la coopération du Québec

- partagent les conclusions du forum national sur la santé, sur les facteurs déterminant la santé des individus. Ils croient que les déterminants socio-économiques influencent la santé tout comme la disponibilité et la qualité des services de santé;
- considèrent que tel que démontré par de nombreuses études, au nom du bien commun et de l'intérêt collectif, l'État doit garder une responsabilité centrale sur le plan de la régulation et du financement des services de santé.
- croient que dans la mesure du possible, la dispense des services de santé ne doit pas obéir à une logique de profit mais plutôt à celle de la satisfaction des besoins des usagers dans le respect et la reconnaissance de la contribution des professionnels de la santé. **L'accès universel aux services de santé ne doit pas être remis en question;**
- considèrent que la formule coopérative dans le domaine de la prestation des services de santé s'avère un modèle organisationnel permettant une plus grande sensibilité aux besoins des différents milieux -- souplesse d'adaptation --, favorise une responsabilisation des usagers et des prestataires de services et que le modèle de coopérative de solidarité peut permettre un équilibre original et intéressant entre les différents acteurs concernés;
- perçoivent le développement des coopératives dans le domaine sociosanitaire comme l'expression de la volonté de personnes de divers milieux à répondre à leurs besoins d'accessibilité et de contrôle de services de santé et non pas comme un moyen de questionner la pertinence du rôle de l'État dans le domaine sociosanitaire tel que défini ci-haut. **De même, dans les projets de création de nouvelles coopératives, ils encouragent la recherche de partenariat avec des organismes publics;**
- souhaitent partager avec d'autres acteurs sociaux sa vision de l'organisation du système de santé.

Adopté par le Conseil de la coopération du Québec en mars 1998

Annexe 2

LISTE DES COOPÉRATIVES Coopératives de services de santé

Coopérative de services de santé de Sainte-Anne-des-Plaines 139, boul-Sainte-Anne Sainte-Anne-des-Plaines, Québec J0N 1H0 Tél.: 450-478-0211 Fax : 450-478-5660	Coopérative de Services de santé Les Grès 190, St-Honoré suite 218 Saint-Étienne-des-Grès, Québec G0X 2P0 Tél. : 819-535-2018 (caisse populaire) Fax : 819-535-1758
--	--

Coopératives de services à domicile

Coopérative de solidarité de maintien à domicile J.A.K. 3245, des Pensées Jonquière, Québec G7S 5T6 Tél. : 418-548-5907 Fax : 418-548-5053 Coopérative de solidarité en aide domestique Domaine-du-Roy 1211, rue Notre-Dame, 2^{ème} étage Saint-Félicien, Québec G8K 1Z9 Tél. : 418-630-2667 1-888-267-2804 Fax : 418-630-2194 Coopérative de maintien à domicile Saguenay 320, rue Racine Est Chicoutimi, Québec G7H 1S6 Tél. : 418-545-2884 Fax : 418-545-3708 Coopérative de services à domicile Lac-Saint-Jean 81, rue St-André, C.P. 340 Métabetchouan, Québec G0W 2A0 Tél. : 418-349-5049 Fax : 418-349-5047 Coopérative de services à domicile du Cap Diamant 999, avenue Murray Québec, Québec G1S 3B4 Tél. : 418-683-3552	Coopérative de services à domicile de l'Estrie 550, rue Dufferin Sherbrooke, Québec J1H 4N1 Tél. : 819-823-0093 Fax : 819-823-8496 Coopérative de services à domicile Beauce-Nord 1125, avenue du Palais Ste-Joseph-de-Beauce, Québec G0S 2V0 Tél. : 418-397-5722 Fax : 418-397-5427 Coopérative de services à domicile de la région de l'Amiante 17, rue Notre-Dame Sud Thetford-Mines, Québec G6G 1J1 Tél. : 418-334-0852 Fax : 418-338-1668 Coopérative de services Rive-Sud 39, rue Guénette Lévis, Québec G6V 5M98 Tél. : 418-838-4019 Fax : 418-838-6061 Coopérative de services à domicile L'Islet Nord-Sud 167 A, Route 204, C.P. 27 St-Damase, Québec G0R 2X0 Tél. : 418-598-7488 Fax : 418-598-7688
--	--

Fax : 418-688-1062 Coopérative de solidarité de services à domicile Orléans 30, rue Ste-Marguerite Beaupré, Québec G0A 1E0 Tél. : 418-826-0700 poste 236 Fax : 418-826-1306 Coopérative de services à domicile de Charlesbourg 9080, boulevard du Jardin Charlesbourg, Québec G1G 4B3 Tél. : 418-624-4617 Fax : 418-626-7773 Coopérative de services à domicile Nouveau Rayon de Soleil 1625, rue Notre-Dame Ancienne-Lorette, Québec G2E 3B4 Tél. : 418-871-7055 Fax : 418-871-5686 Coopérative d'aide domestique de la MRC de Maskinongé 321, rue St-Laurent Louiseville, Québec J5V 1K2 Tél. : 819-228-1563 Fax : 819-228-1565 Coopérative de solidarité d'aide domestique de la MRC Centre-de-la-Mauricie C.P. 22013, succ. La Promenade Shawinigan, Québec G9N 8N4 Tél. : 819-537-6060 Fax : 819-536-4478 Coopérative de soutien à domicile et d'entretien Haute-Mauricie 516, rue Tessier La Tuque, Québec G9X 3E7 Tél. : 819-523-7171 Fax : 819-523-8295 L'Interville, coop-de solidarité en soins et services 395A, boul-Ste-Madelienne Cap-de-la-Madelienne, Québec G8T 3M7 Tél. : 819-371-3243 Fax : 819-371-9720	Coopérative de services à domicile de la MRC de Montmagny C.P. 395, 144 de la Gare Montmagny, Québec G5V 3S7 Tél. : 418-248-2433 Fax : 418-248-4262 Coopérative de soutien à domicile de Laval 308, boul-Cartier, 4^{ème} étage Laval, Québec H7N 2J2 Tél. : 450-972-1313 Fax : 450-972-1919 Coopérative de solidarité Bon-Ménage des Basses- Laurentides 18, rue Turgeon, bureau 103 Sainte-Thérèse, Québec J7E 3H3 Tél. : 450-979-2372 poste 3044 Fax : 450-979-2373 Coopérative de solidarité d'aide domestique « Aide- Atou » 140, rue Brunelle Beloeil, Québec J3G 2M8 Tél. : 450-446-2108 Fax : 450-446-7891 Coopérative de solidarité en soutien à domicile Coop-Aide Rive-Sud 90, rue Sainte-Foy, bureau 102 Longueuil, Québec J4J 1W4 Tél. : 450-679-2433 Fax : 450-679-7910 Coopérative de soutien à domicile du Pays des Vergers 278, rue des Érables Brigham, Québec J2K 4C9 Tél. : 450-266-5484 Fax : 450-263-8159 Coopérative de solidarité Autonomie Chez-Soi 32, rang Giard Canton Granby, Québec J2G 9H8 Tél. : 450-372-1000 Fax : 450-375-5319
---	---

Coopérative de solidarité de services à domicile Memphrémagog 101, rue du Moulin, bureau 203 Magog, Québec J1X 4A1 Tél. : 819-843-8842 Fax : 819-843-8842	Coopérative de solidarité de services à domicile « Aux p'tits soins » 959, des Cascades Ouest St-Hyacinthe, Québec J2S 3G5 Tél. : 450-771-0605 Fax : 450-771-7367
--	--

Coopératives de professionnels

Coopérative de solidarité Multi-Santé du Québec métro 271, rue St-Joseph Lévis, Québec G6V 1E7 Tél. : 418-627-0633 Fax : 418-864-4073	Coopérative de travailleuses en santé globale du Québec 6865, Christophe-Colomb, bureau 109 Montréal, Québec H2S 2H3 Tél. : 514-277-3051 Fax : 514-277-3473
--	--

Coopératives de techniciens ambulanciers

Coopérative des techniciens ambulanciers de l'Est du Québec (CTAEQ) 47 A, St-André Rivière-du-Loup, Québec G5R 3Z5 Tél. : 418-867-6372 Fax : 418-867-441?	Coopérative des techniciens ambulanciers de la Mauricie 445, rue Vachon Cap-de-la-Madeleine, Québec G8T 8P6 Tél. : 819-376-1414 Fax : 819-376-0420
Coopérative des techniciens ambulanciers de la Montérégie (CÉTAM) 310, Lawrence Greenfield Park, Québec J4V 2Z4 Tél. : 450-465-5000 Fax : 450-465-8664	Coopérative de techniciens ambulanciers du Québec métropolitain 6000, rue des Tournelles Québec, Québec G2J 1E4 Tél. : 418-624-2766 Fax : 418-624-2759
Coopérative des techniciens ambulanciers de l'Outaouais 102, boul-Archambault, 2^{ème} étage Gatineau, Québec Tél. : 819-561-1798 Fax : 819-561-5143	

Coopératives d'hébergement spécialisé

Coopérative des travailleuses et travailleurs en soins de santé du Saguenay-Lac-St-Jean Le Versant 4722 Chemin de l'Église Laterrière, Québec G0V 1K0 Tél. : 418-543-5353 Fax : 418-543-6266	Coopérative de travailleurs du Pavillon de Beauharnois 134 rue Beauce Beauharnois, Québec J6N 2M6 Tél. : 450-225-3046 Fax : 450-225-3143
---	---

Coopératives d'approvisionnement et de distribution

Coopérative des audioprothésistes indépendants du Québec 150 rue Grenet, bureau 206 ou 150, rue St-Jacques bureau 120 Longueuil, Québec J4H 3B7 Tél. : 450-270-4464 Coopérative de commerce de fournitures orthopédiques médicales du Québec C.P. 581 Ste-Agathe-des-Monts, Québec J8C 3K6 Tél. : 819-326-5519	Coopérative des services regroupés en approvisionnement de la Mauricie et du Centre-du-Québec 3675 boul-Chamoine-Moreau Trois-Rivières, Québec G8Y 5M6 Tél. : 819-373-1544 Fax : 819-373-1592
---	--