

RQ-08-2008

Les enjeux et la place des coopératives et  
des OBNL dans le système de santé au  
Québec.

Par Marie-Ève Giroux

(Sous la direction de Yvan Comeau et  
Jean-François Simard)

En copublication avec le  
Centre de recherche, d'information et de développement de l'économie solidaire  
(CRIDÉS)

Cahier du RQRP-ÉS

Cahier No : RQ-08-2008

« Les enjeux et la place des coopératives et des OBNL dans le système de santé au Québec »

Par Marie-Ève Giroux

(Sous la direction de Yvan Comeau et de Jean-François Simard)

ISBN : 978-2-89276-457-4

Dépôt légal : 2008

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

Bibliothèque et Archives Canada

## Présentation de l'ARUC-ÉS et du RQRP-ÉS

L'Alliance de recherche universités-communautés en économie sociale (ARUC-ÉS) et le Réseau québécois de recherche partenariale en économie sociale (RQRP-ÉS) sont des organismes partenariaux de recherche financés par le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada. Ce consortium de recherche en économie sociale réalise des activités de réflexion, de recherche et de valorisation des connaissances en économie sociale. Ses actions contribuent à la reconnaissance et à l'essor de l'économie sociale comme outil de développement social, culturel, politique et économique du Québec.

L'ARUC-ÉS, créée en 2000, est le premier centre de recherche interuniversitaire québécois entièrement consacré à la recherche partenariale. Ses activités portent sur différents secteurs de l'économie sociale : l'habitat communautaire, les services aux personnes, le loisir et le tourisme social, la finance et le développement local et régional. Créé en 2005, le RQRP-ÉS est quant à lui l'un des six centres canadiens voués à la recherche partenariale en économie sociale. Ses activités sont décentralisées dans les huit régions du Québec où l'on trouve une institution universitaire et ses objets de recherche s'articulent autour des particularités de chacune de ces régions. Les deux centres cohabitent sous le même toit, à Montréal.

## **Présentation de l'auteure**

Marie-Ève Giroux est titulaire d'un baccalauréat en sciences de la santé (médecine) de l'Université Laval et poursuit des études de maîtrise en service social dans cette même université. Pour sa maîtrise, elle s'intéresse particulièrement au domaine de l'organisation communautaire. Ses intérêts touchent principalement le développement local, l'économie sociale, la santé, les femmes, l'environnement et l'international. Dans les dernières années, elle s'est d'ailleurs impliquée dans des groupes et organismes ayant des activités liées à ces thèmes. De plus, durant son baccalauréat, elle a réalisé deux stages en Amérique latine, soit en Équateur et au Guatemala, dans lesquels ses actions s'inscrivaient à l'intérieur de projets de santé communautaire avec des communautés locales et des intervenants du milieu.

## **Remerciements**

La parution de ce document a bénéficié des judicieux commentaires de Jean-Pierre Girard, chercheur associé à l'Institut de recherche et d'éducation pour les coopératives et les mutuelles de l'Université de Sherbrooke (IRECUS) qui a fait une relecture attentive des dernières versions du manuscrit. Nous tenons également à souligner la collaboration de Marie-Joëlle Brassard, directrice de la recherche et du développement au Conseil québécois de la coopération et de la mutualité.

## Résumé

Ce cahier de recherche concerne la présence de l'économie sociale dans le domaine de la santé au Québec. Il vise à identifier les principaux enjeux de la présence de l'économie sociale dans le domaine de la santé ainsi qu'à examiner la place que peut avoir l'économie sociale dans ce secteur d'activité. Pour ce faire, le contexte de présence de l'économie sociale dans le domaine de la santé au Québec est d'abord exploré. Ensuite, différents types d'organisations d'économie sociale, actives dans le secteur québécois des soins et services liés à la santé sont examinés. On y retrouve des organismes à but non lucratif (OBNL), offrant des services marchands ou non marchands, des coopératives et des mutuelles. Suite à la présentation de divers organismes faisant partie de chacun de ces types, les principaux enjeux liés à leur présence dans ce secteur sont identifiés. Ces enjeux sont les suivants : la conception de la santé, les fonctions assumées par l'État, l'équité d'accès aux soins et services de santé, le type de gouvernance, la place du privé et la capacité d'innovation sociale dans le domaine de la santé. Enfin, la conclusion propose une réflexion sur la place de l'économie sociale dans ce secteur d'activité.

**Mots-clés :** économie sociale, santé, OBNL, coopératives, mutuelles.

## Table des matières

Présentation de l'ARUC-ÉS et du RQRP-ÉS.....	iii
Présentation de l'auteure .....	iv
Remerciements.....	v
Résumé.....	vi
Liste des tableaux.....	ix
Introduction.....	1
1. L'économie sociale dans le domaine de la santé : éléments de contexte.....	3
1.1 Repères historiques sur le système de santé québécois.....	3
1.2 Définitions et précisions sur l'économie sociale.....	9
1.3 Modèles de développement, transformations du système de santé et pertinence de l'économie sociale.....	13
2. Les OBNL d'économie sociale dans le domaine de la santé.....	17
2.1 Origine et nature des OBNL dans le domaine de la santé.....	17
2.2 Les types d'OBNL dans le domaine de la santé.....	18
2.2.1 Associations de défense des droits.....	18
2.2.2 Associations d'entraide.....	18
2.2.3 Cliniques communautaires de soins de santé.....	19
2.2.4 Centres de santé des femmes.....	21
2.2.5 Centres de ressources périnatales.....	23
2.2.6 Ressources alternatives en santé mentale.....	24
2.2.7 Entreprises d'économie sociale en aide domestique.....	25
2.2.8 Services d'hébergements et d'habitation communautaire pour aînés.....	27
2.2.9 Pharmacies sociales.....	29
3. Les coopératives dans le domaine de la santé.....	30
3.1 Origine et nature des coopératives dans le domaine de la santé.....	30
3.2 Les formules coopératives dans le domaine de la santé.....	31
3.3 Les types de coopératives dans le domaine de la santé.....	32
3.3.1 Coopératives ambulancières.....	33
3.3.2 Coopératives de services à domicile.....	33

3.3.3	Coopératives d’habitation communautaire pour aînés.....	34
3.3.4	Coopératives d’approvisionnement.....	35
3.3.5	Coopératives de services de santé.....	35
4.	Les mutuelles dans le domaine de la santé.....	41
4.1	Origine et nature des mutuelles dans le domaine de la santé.....	41
4.2	Les mutuelles dans le domaine de la santé au Québec.....	41
5.	Enjeux de la présence de l’économie sociale dans le domaine de la santé.....	44
5.1	La conception de la santé.....	44
5.2	Les fonctions assumées par l’État.....	45
5.3	L’équité d’accès aux soins et services de santé.....	48
5.4	Le type de gouvernance.....	50
5.5	La place du privé.....	56
5.6	La capacité d’innovation sociale dans le domaine de la santé.....	60
	Conclusion : la place de l’économie sociale dans le système de santé au Québec.....	62
	Bibliographie.....	64
	Annexe : liste des sigles et abréviations.....	73



## Liste des tableaux

Tableau 1	Typologie des coopératives dans le domaine de la santé d'après l'ONU.....	32
Tableau 2	Nombre de coopératives des services de santé au Québec selon l'année de constitution (1995-2006).....	36
Tableau 3	Nombre de coopératives de services de santé au Québec selon le type de coopérative (1995-2006).....	37

## Introduction

L'objectif de ce cahier de recherche consiste à illustrer la présence de l'économie sociale et de la coopération dans le domaine de la santé au Québec, puis à identifier les enjeux relatifs à leur présence dans ce domaine, afin d'examiner quelle place peut avoir l'économie sociale dans ce secteur d'activité. Il s'agit d'un essai dont le contenu repose sur une documentation la plus large possible sur le sujet.

La question de la présence de l'économie sociale dans le domaine de la santé se pose aujourd'hui de manière singulière. Le premier chapitre permet un retour historique sur le système de santé québécois. Nous verrons que la présence du secteur privé, du secteur public ainsi que par des initiatives de la communauté varie selon les époques. Avant les années 1960, la plupart des fonctions attribuées au système de la santé étaient laissées au secteur privé (principalement des communautés religieuses) ainsi qu'au réseau dit naturel (famille et entourage) (Bergeron et Gagnon, 2003). Puis, à partir des années 1960, l'État commence à s'impliquer activement dans les divers aspects du système de santé, c'est-à-dire en matière de financement, de dispensation de services, de gestion de ressources, d'infrastructure, de régulation et de réglementation (Mayer et Goyette, 2000). L'adoption en 1970 de la *Loi sur la santé et les services sociaux* (loi 65) par le gouvernement du Québec et son application à partir de 1972 concrétise l'implication de l'État québécois dans le secteur de la santé. Le début de la mise en place du réseau de CLSC ainsi que l'entrée en vigueur du régime universel d'assurance-maladie représentent alors les principales innovations du nouveau système (Mayer et Goyette, 2000 ; Bergeron et Gagnon, 2003). Dans ce contexte où l'État se fait modernisateur et interventionniste, tant dans le financement et la réglementation que dans la dispensation des services, l'action réservée au privé est limitée (sauf en ce qui a trait à la mise en place de clinique et polycliniques médicales sous la propriété de médecins) et le recours à l'économie sociale est plutôt restreint et marginal (Jetté, Lévesque, Mager et Vaillancourt, 1999; Vaillancourt et Tremblay, 2001). Puis, dans les années 1980, en contexte de crise du modèle d'État-providence et face à des difficultés financières importantes, certains aspects du système de soins de santé québécois sont remis en question. Au début des années 1990, une autre grande réforme de la santé débute avec la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (loi 120) adoptée en août 1991 et annonçant le début de la Réforme Côté. Celle-ci instaure le virage ambulatoire qui préconise un recours accru aux ressources du milieu, des pratiques de non-institutionnalisation et un transfert des ressources plus lourdes et coûteuses (centres hospitaliers) vers des ressources plus légères et moins coûteuses (CLSC et organismes communautaires). De plus en plus d'activités sont délaissées ou non prises en charge par le réseau public, de sorte que les secteurs privé et d'économie sociale (si on lui assimile le réseau communautaire) deviennent de plus en plus actifs dans le domaine de la santé (Mayer et Goyette, 2000). C'est donc à partir des années 1990 que l'économie sociale commence à prendre une certaine place dans le domaine de la santé au Québec. Cette réalité est accentuée en 1996, dans certains domaines, par une certaine reconnaissance de l'économie sociale par le gouvernement du Québec (Vaillancourt et Tremblay, 2001).

Le premier chapitre propose également des clarifications sur l'économie sociale et les significations que prend sa présence dans le système de santé selon les modèles que celui-ci peut prendre. Les chapitres suivants examinent les différents types d'organisations de l'économie sociale que l'on retrouve dans le domaine de la santé au Québec. Le deuxième chapitre est

consacré aux OBNL ; on y présente les origines et la nature des OBNL dans le domaine de la santé ainsi que les différentes formes qu'elles prennent. Pour sa part, le troisième chapitre s'intéresse aux coopératives dans le domaine de la santé. À l'instar du chapitre précédent, les origines et la nature des coopératives dans le domaine de la santé sont d'abord présentées. Puis, différents types ou statuts légaux de coopératives sont abordés et différentes coopératives actives dans ce domaine sont décrites. Le quatrième chapitre aborde le modèle associatif des mutuelles dans le domaine de la santé. Le chapitre introduit d'abord les origines et la nature des mutuelles dans le domaine de la santé et présente différentes mutuelles.

Après cet examen des organisations de l'économie sociale dans le domaine de la santé, les cinquième et sixième chapitres tentent de répondre aux deux questions suivantes : quels sont les principaux enjeux de la présence de l'économie sociale dans le domaine de la santé ? Quelle peut-être la place de l'économie sociale dans ce secteur d'activité ?

## 1. L'économie sociale dans le domaine de la santé : éléments de contexte

Le détour historique et conceptuel proposé dans ce chapitre s'avère utile pour comprendre le développement récent des différentes initiatives de l'économie sociale dans le domaine de la santé ainsi que les principaux enjeux qui y sont rattachés. Trois parties constituent le chapitre : les repères historiques du système de santé québécois, les éléments de définition sur l'économie sociale et la pertinence de l'économie sociale selon le modèle de système de santé qui se met en place.

### 1.1 Repères historiques sur le système de santé québécois

Jusqu'au début du 20<sup>e</sup> siècle, les interventions étatiques dans le domaine de la santé sont assez limitées. La responsabilité de s'occuper des « malades, vieillards et infirmes » est alors principalement attribuée aux réseaux locaux d'entraide, soit la famille, le voisinage et la paroisse. La prise en charge institutionnelle de la maladie relève, quant à elle, des communautés religieuses, principales propriétaires et administratrices des établissements de santé. Les organismes de charité et les associations de bénévoles supportés par l'Église jouent également un rôle important. De la fin du 19<sup>e</sup> siècle et jusque dans les premières décennies du 20<sup>e</sup> siècle, l'implication timide de l'État québécois en matière de santé se résume à un rôle de « suppléance et protection » (Bergeron et Gagnon, 2003). La prise en charge de la santé et du social relève alors principalement de la famille, des agences diocésaines et des communautés religieuses, alors que le marché et l'État assument des rôles secondaires. En considérant le contexte de l'époque, on pourrait assimiler bon nombre de ces associations à but non lucratif (majoritairement confessionnelles) à ce qu'il est convenu d'appeler aujourd'hui le communautaire ou, plus largement, le troisième secteur (Vaillancourt, Aubry, Jetté et Tremblay, 2001). Nous reviendrons sur les définitions dans la deuxième partie du chapitre.

Entre 1921 et 1930, on voit apparaître les premières interventions de l'État québécois en matière de santé. L'adoption de la *Loi établissant le service d'assistance publique*, en 1921, témoigne du début d'une rupture avec la logique de charité prédominant jusqu'alors dans l'organisation des soins de santé au Québec. L'État commence à intervenir financièrement pour appuyer les établissements religieux de soins de santé, aux prises avec des difficultés financières persistantes, afin qu'ils puissent maintenir leurs services. Cette loi prévoit également la mise sur pied d'un Service d'assistance publique (Bergeron et Gagnon, 2003).

À partir de la fin des années 1940, certaines provinces canadiennes mettent sur pied des régimes d'assurance-hospitalisation provinciaux, notamment la Saskatchewan (1947), la Colombie-Britannique (1949), Terre-Neuve (qui avait son propre régime lorsqu'elle a rejoint le Canada en 1949) et l'Alberta (1950). Certains gouvernements de ces provinces font alors des pressions sur le gouvernement fédéral qui, en 1957, adopte la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques*, engageant le gouvernement fédéral à assumer 50 % des coûts des régimes provinciaux et territoriaux mis en place. Entre 1958 et 1960, plusieurs des provinces et territoires canadiens ont soit adapté leur régime existant à cette nouvelle législation ou mis en place un nouveau régime (Santé Canada, 2005). Au Québec, cette volonté fédérale se heurte à la résistance du gouvernement ultraconservateur de l'Union nationale de Duplessis alors en place, à sa

collusion avec les organismes religieux, alors responsables des services sociaux et de soins de santé ainsi qu'à l'influence des médecins (Comeau et Girard, 2000). Ce n'est donc qu'avec l'élection du gouvernement libéral de Jean Lesage, en 1960, et le début de la Révolution tranquille, qu'un régime d'assurance-hospitalisation est mis en place au Québec (1961) et que la prise en charge de la santé par l'État s'accélère. La remise en question de l'Église, de son influence sur la société québécoise et de son rôle en matière de soins de santé et de services sociaux s'intensifie alors. C'est également dans ce contexte qu'en 1963, le Rapport Boucher (Comité d'étude sur l'assistance publique créée en 1962) marque un tournant dans l'histoire des soins de santé au Québec en recommandant que l'assistance publique en santé et services sociaux soit prise en charge directement par l'État. Ce rapport légitime la substitution des notions de besoin et de justice sociale à celle de charité publique qui prévalait auparavant (Mayer et Goyette, 2000). On commence également à lier diverses problématiques, telles la santé, l'éducation et la pauvreté. On considère alors de plus en plus que c'est à l'État de prendre en charge la résolution de ces problèmes (Boivin, 1988). En outre, au cours de cette décennie des années 1960, une série de mesures pour améliorer l'accès aux services de santé furent adoptées, notamment sur les plans du financement, de la régulation, de la gestion ainsi que de la prestation des soins de santé (Girard, 2006a).

Puis, en 1971, le rapport de la Commission Castonguay-Nepveu (Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social créée en 1966) jette les bases du système de santé et de services sociaux québécois actuel. Avec ce rapport et la réforme qui s'en suit, toute la législation ainsi que les structures des secteurs de la santé et des services sociaux sont révisées en profondeur et modifiées. Cette réforme se concrétise par l'entrée en vigueur de la *Loi sur la santé et les services sociaux* (Loi 65), adoptée en 1970, qui constitue la pierre angulaire du système de santé et de services sociaux québécois. À partir de ce moment, les responsabilités en matière de financement, d'organisation, de régulation et de distribution de services de santé et des services sociaux sont conférées à l'État (Mayer et Goyette, 2000 ; Bergeron et Gagnon, 2003). On assiste alors à une intervention intensive et centralisée de l'État, toute intervention du privé étant pratiquement condamnée et le recours à l'économie sociale, inopportune (Vaillancourt et Tremblay, 2001). Les réformes qui suivront dans les 30 années suivantes seront présentées comme étant de natures organisationnelles et conservant l'essentielle de cette grande réforme (Girard, 2006a).

Avec cette réforme sont mis en place le régime d'assurance-maladie universel pour tous les Québécois et le réseau des CLSC chargé d'assurer des services sociaux et de santé de première ligne ainsi que des services préventifs directs à la population (Mayer et Goyette, 2000 ; Bergeron et Gagnon, 2003). La mise en place des CLSC visait à instaurer un vaste réseau de cliniques publiques où les médecins seraient salariés et où l'implication des citoyens et citoyennes serait effective. La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) réagit alors fortement à cette initiative de « cliniques d'État » en encourageant et en soutenant le développement d'un réseau parallèle de cliniques et polycliniques médicales ayant pour propriétaires des médecins. C'est ce réseau de clinique et polycliniques privées qui deviendra au fil des années la véritable « porte d'entrée » du système de santé québécois, alors que les CLSC ne réussiront jamais à atteindre cette vocation à laquelle on les dédiait à l'origine (Girard, 2006a). De plus, durant l'époque de construction de l'État-providence, les organisations assimilables à l'économie sociale et au tiers secteur ont peu d'importance : dans les domaines sanitaires où elles existent (aide aux personnes handicapées et aux personnes âgées, par exemple), elles sont marginalisées et plusieurs sont même « nationalisées », donc transformées en composantes publiques (Vaillancourt, Aubry,

Jetté et Tremblay, 2001). C'est le cas notamment de certaines cliniques médicales populaires qui, lors de la mise en place des CLSC, sont soit transformées en CLSC, intégrées au fonctionnement de ces derniers ou encore se voient obligées de fermer leurs portes (Larivière, 1978 ; Boivin, 1988 ; Mayer, 2002). Puis avec les années, la place des citoyens et citoyennes dans la gouverne du système de santé sera elle aussi de plus en plus réduite (Girard, 2006a).

Les années 1980, quant à elles, témoignent d'une crise du modèle d'État-providence. Il faut rappeler qu'en 1973-1974 se produit une récession qui marque la fin d'une longue période de croissance économique quasi ininterrompue dans le monde occidental, en général, depuis 1945 (période dite des Trente glorieuses). Cette récession débute par une hausse rapide des prix du pétrole ; il s'ensuit une forte inflation et une poussée du chômage qui resteront élevées pendant au moins deux décennies, entraînant un nouveau phénomène de chômage structurel et de longue durée. Avec les récessions économiques de 1980-1982, puis celle de 1990-1991, il apparaît pour plusieurs économistes qu'il s'agit d'une crise majeure, celle du modèle de développement occidental d'après-guerre (Lipietz, 1990). Pour sa part, l'État-providence éprouve des difficultés. D'un côté, des difficultés financières le confrontent, puisqu'il doit augmenter ses dépenses (aide sociale, santé et services sociaux) pour aider les familles en difficultés tout en étant privé, à cause du chômage, d'une partie des revenus que procurent les impôts sur les salaires et les taxes sur les ventes de biens et services. D'un autre côté, en livrant ses services sous un mode technocratique, il devient la cible des citoyennes et des citoyens qui réclament davantage de participation et d'influence sur ses orientations, ses choix et ses manières de livrer les services (Comeau et Favreau, 2007).

Dans ce contexte, la nécessité de contrôler les coûts du système de la santé et d'optimiser son organisation et son fonctionnement devient de plus en plus présente dans les discours publics et dans les positions gouvernementales à partir des années 1980. Le gouvernement du Québec est alors formé du Parti québécois sous la direction de René Lévesque (1976-1981 et 1981-1985) (Assemblée nationale, 2007). Du côté fédéral, avec l'adoption de la *Loi canadienne sur la santé*, qui actualise celles de 1957 et de 1966, le gouvernement canadien se réapproprie, en 1984, une partie de la gouvernance en santé en associant les transferts fédéraux aux provinces en matière de santé au respect de certaines normes. Ces principes ou normes sont les suivants : la gestion publique (le régime provincial d'assurance-santé doit être géré par une autorité publique, sans but lucratif) ; l'intégralité (tous les services « médicalement nécessaires » que les hôpitaux et les médecins fournissent doivent être assurés) ; l'universalité (tous les résidents du Canada doivent avoir accès, selon des modalités uniformes, à l'assurance-santé publique et aux services assurés) ; la transférabilité (l'assurance doit être maintenue même si un résident déménage ou voyage, soit à l'intérieur du Canada ou à l'extérieur) et l'accessibilité (l'accès aux services médicaux et hospitaliers « médicalement nécessaires » doit être satisfaisant et libre d'obstacles financiers ou autres pour tous les résidents du Canada) (Secrétariat aux coopératives, 1999; Bergeron et Gagnon, 2003).

En 1985, le Parti libéral de Robert Bourassa prend le pouvoir (Assemblée nationale, 2007). Confronté aux difficultés financières, organisationnelles et politiques du système de santé, il crée une commission d'enquête : la Commission Rochon (Commission d'enquête sur les services de santé et services sociaux). En 1988, le rapport de cette Commission pose un diagnostic lourd sur le système de santé québécois : les dépenses et demandes de services se diversifient et augmentent à un rythme effréné ; le système de santé n'a ni la capacité, ni la flexibilité, ni les

ressources financières pour y répondre ; « les services sont discontinus, inégaux, incomplets selon les groupes ou les régions ; le système est pris en otage par des groupes d'intérêt ; les ressources humaines sont démotivées et mal gérées » (Mayer et Goyette, 2000 :45). En réponse aux problèmes soulevés par cette commission, le gouvernement du Québec met en place, en 1991, la Réforme Côté qui entraînera la création d'une nouvelle *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (Loi 120), tout en réaffirmant les grands objectifs sociaux de la Réforme Castonguay-Nepveu. Les objectifs de cette réforme visent à ce que les services de santé soient plus performants, moins coûteux et répondent aux besoins prioritaires (MSSS, 1998). Elle cherche également à recentrer le système de santé sur le citoyen ainsi qu'à resserrer et mieux intégrer la gestion publique du système. À partir de cette réforme, l'État cesse de chercher à augmenter les services publics et universels dans le domaine de la santé. Les réformes qui suivront iront plutôt dans le sens de la rationalisation et de coupures de programmes et de services. De plus, le système sera réorienté dans une perspective de résolution de problème, plutôt que de développement de services (Mayer et Goyette, 2000 ; Bergeron et Gagnon, 2003). C'est également avec cette réforme que l'État québécois reconnaît pour la première fois les organismes communautaires œuvrant dans le secteur de la santé et des services sociaux comme des composantes essentielles de celui-ci (Vaillancourt et Tremblay, 2001).

En 1995, une autre grande réforme du système de santé s'opère au Québec, soit la Réforme Rochon (alors que Jean Rochon était ministre de la Santé et des Services sociaux), sous l'égide du Parti québécois revenu au pouvoir en 1994 avec Jacques Parizeau, remplacé en 1996 par Lucien Bouchard (Assemblée nationale, 2007). Cette réforme s'effectue dans un contexte de restrictions budgétaires importantes, alors que les transferts du gouvernement fédéral ont été grandement diminués et que les coûts des services sont de plus en plus grands, entraînant d'importantes pressions sur le système de santé québécois. Ces considérations amènent le gouvernement à opter pour une réorganisation des structures du système de santé, notamment par la mise en œuvre du virage ambulatoire, afin de tenter de développer des solutions de rechange à l'institutionnalisation qui coûte cher. Le virage ambulatoire vise avant tout à diminuer la durée d'hospitalisation par le développement de services et de soins à domicile ainsi que par les chirurgies d'un jour et traitements ambulatoires (sans hospitalisation). Une importante réorganisation des services et structures du système prend alors place et on assiste à la fermeture, la fusion ou le changement de vocation de plusieurs établissements ainsi qu'à la diminution du personnel par des mises à la retraite massives. Cette réforme met l'accent sur la désinstitutionnalisation et la non-hospitalisation ainsi que la décentralisation et la régionalisation du réseau (Mayer et Goyette, 2000 ; Bergeron et Gagnon, 2003 ; Comeau et Girard, 2005). Les services et les ressources font alors face à un double déplacement : « un déplacement du centre vers les régions et les communautés locales » et « un déplacement des institutions plus lourdes et plus coûteuses vers les ressources plus légères et moins coûteuses comme les CLSC et les organismes communautaires » (Mayer et Goyette, 2000 : 50).

En 1998, le gouvernement du Québec forme le *Groupe de travail sur la complémentarité du secteur privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système public de santé* qui déposera l'année suivante le Rapport Arpin. Ce rapport recommande un meilleur réseautage entre les organismes publics et les cliniques privées ainsi que la modification du mandat des CLSC vers un rôle de coordination des services de santé. Ce rapport constitue également, en plus de 40 ans de comités et commissions réfléchissant sur le système de santé québécois, la première ouverture à la contribution du modèle coopératif en santé. Il n'y a alors à l'époque que trois

coopératives de services de santé en opération au Québec (Girard, 2006a). Ensuite en 2000, le gouvernement du Parti québécois, réélu pour un troisième mandat avec Bernard Landry à sa tête (Assemblée nationale, 2007), crée une nouvelle Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, la Commission Clair. Le Rapport Clair trace de nouvelles avenues de réforme pour le système de santé québécois, notamment par la réorganisation des services (mise en place de groupes de médecine familiale), la priorisation des services ainsi que le resserrement de la gestion des services publics (Bergeron et Gagnon, 2003). Ce rapport recommande également que les CLSC soient chargés de la « coordination » des ressources nécessaires pour répondre aux besoins de la communauté, plutôt que de seulement les « supporter » et les « soutenir ». De plus, il introduit l'idée d'établir des ententes de services entre CLSC et organismes communautaires, desquelles les CLSC seraient imputables (Bourque, 2005).

En 2003, le gouvernement du Parti libéral, avec Jean Charest en tête, prend le pouvoir au Québec (Assemblée nationale, 2007). Une nouvelle loi ayant des impacts importants sur l'organisation des soins et des services dans le domaine de la santé entre en vigueur : la Loi 25 ou *Loi sur les agences de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*. Cette loi promulguée en décembre 2003 prévoit le remplacement des régies régionales par les agences de développement des réseaux. Elle entraîne également la fusion de nombreux établissements (CLSC, CHSLD et centres hospitaliers) en 95 centres de santé et de services sociaux (CSSS) (Comeau et Girard, 2005). Les mandats des établissements, concernant les services publics de première ligne, sont alors modifiés. Les nouveaux CSSS revêtent maintenant un rôle de coordination des ressources communautaires et d'économie sociale du secteur de la santé et des services sociaux, alors qu'antérieurement, leur rôle en était plus un de soutien et de concertation à ces différentes initiatives de la communauté. Avec ce nouveau rôle de coordination, une exigence d'imputabilité des établissements publics en matière de coordination et de qualité des services, qu'ils proviennent du public ou du communautaire, est de plus en plus présente. Les rapports entre CSSS et organismes communautaires sont alors régis par des ententes de services et s'accroît la tendance à considérer ces derniers comme de simples « fournisseurs de services ». À ces ententes de services est rattaché du financement sous forme de subvention, mais également des modes de reddition de comptes des organismes communautaires vers les établissements publics, susceptible d'entraîner des rapports plus hiérarchiques entre eux ainsi qu'une diminution de l'autonomie des organismes (Bourque, 2005). Les nouveaux CSSS se voient donc confier la responsabilité d'améliorer l'état de santé et de bien-être de la population de leur territoire (Girard, 2006a). De plus, les conseils d'administration des différents établissements ont également été regroupés et le nombre de sièges accessibles aux citoyens et citoyennes a été réduit (Girard, 2006a).

En 2005, suite au Forum des générations, le gouvernement du Parti libéral de Jean Charest met en place un comité de travail sur la pérennité du système de santé et des services sociaux, comptant 17 membres issus de tous les secteurs de la société civile (Chouinard et Breton, 2005a). Ce comité, dirigé par Jacques Ménard, président de la Banque de Montréal, rend public son rapport intitulé *Pour sortir de l'impasse : la solidarité entre les générations*, le 28 juillet 2005 (Chouinard et Breton, 2005b). Ce rapport contient 24 recommandations principales concernant la mise en œuvre d'une stratégie intégrée, le contrôle de l'évolution de la dette, l'augmentation des transferts fédéraux aux provinces, l'amélioration de l'efficacité et de l'efficience du système de santé et de services sociaux, l'augmentation du recours au privé, la mise sur pied d'une caisse d'assurance contre la perte d'autonomie, la création d'un « compte » santé et services sociaux



ainsi que la considération d'autres sources de revenus. Deux recommandations de ce rapport concernent plus particulièrement l'économie sociale (R-08 et R-09), la première concerne la consolidation du soutien au réseau d'entreprises d'économie sociale pour qu'elles puissent assurer des services de qualité et la deuxième recommande de reconnaître le logement coopératif et sans but lucratif comme solution aux besoins de soutien à domicile (Comité de travail sur la pérennité du système de santé et services sociaux, 2005). Certaines propositions du rapport notamment sur les nouvelles sources de financement (hausse de 1 % de la TVQ, caisse d'assurance contre la perte d'autonomie, hausse des tarifs d'hydroélectricité) et sur le recours accru au privé dans la prestation des services de santé ont été source de controverse. En effet, alors que le gouvernement se dit ouvert à examiner ces possibilités, à l'exception de la hausse de la TVQ qu'il rejette d'emblée, les syndicats, pour leur part, se montrent fortement opposés à ces mesures. Les représentants syndicaux, membres du groupe de travail, ont même refusé de signer le rapport et ont produit un document parallèle signifiant leur désaccord principalement sur ces dernières recommandations. Le milieu médical et les milieux d'affaires ont quant à eux bien accueilli le rapport (Chouinard et Breton, 2005a; 2005b). Une des principales restructurations des services de première ligne en santé, débutée en 2005, est la mise en place de cliniques réseau. Les cliniques recevant cette accréditation seront ouvertes en tout temps et pourront recevoir des consultations sans rendez-vous ainsi que réaliser des prélèvements sanguins, des radiographies et des échographies sans limitations, le plafond de rémunération des omnipraticiens étant levé pour les médecins œuvrant au sein de ces cliniques. Le gouvernement appuie cette nouvelle réorganisation avec des arguments d'accessibilité des services pour un plus grand nombre de personnes et de désengorgement des urgences (Breton, 2005).

De plus, toujours en 2005, le jugement Chaouli-Zélotis de la Cour suprême invalide deux articles de la Loi québécoise sur la santé interdisant aux assureurs privés de couvrir des services assurés par le public (régimes d'assurance maladie et d'assurance-hospitalisation). Le jugement est appuyé sur l'affirmation que les listes d'attentes pour certains types d'interventions sont trop longues et contreviennent aux droits et libertés de la personne. Ce jugement force le gouvernement québécois à examiner quelle place sera réservée au secteur privé en santé. Après un livre blanc, des consultations publiques et des commissions parlementaires, le gouvernement rend public le projet de loi 33 en 2006. Ce projet de loi autorise le recours à des assurances privées pour trois procédures assurées par le public : soit les chirurgies de cataractes ainsi que celles de remplacement de genou et de hanche. Il entraîne également la création d'un nouveau type d'établissement, les centres médicaux spécialisés (CMS) qui s'apparenteraient à des hôpitaux privés sans qu'on les appelle ainsi. Regroupant des médecins non participants au système public, les CMS seront autorisés à réaliser des interventions chirurgicales, à offrir de l'hébergement ainsi qu'à être rémunérés par les patients et leurs assureurs pour certaines opérations. Ces CMS pourraient donc éventuellement constituer la base de développement d'un réseau parallèle privé de soins de santé (Robert, 2007)

En mai 2007, le gouvernement québécois, alors sous la gouverne du Parti libéral de Jean Charest depuis 2003 (Assemblée nationale, 2007), met sur pied un groupe de travail pour évaluer le financement à long terme du système de santé. Ce dernier est présidé par Claude Castonguay, actuaire connu principalement pour son rôle dans la mise en place du système de santé public québécois suite à la Commission et la Réforme qui porta son nom, mais également pour ses multiples interventions des dernières années en faveur de la mise en place d'un « ticket modérateur », de la création de cliniques privées ainsi que de l'élargissement du recours aux

assurances privées (Dutrisac, 2006; Dubuc et Laviolette, 2007). Ce groupe de travail a pour principal mandat de trouver de nouvelles sources de financements et des solutions novatrices pour parer au problème de financement du système de santé québécois et ainsi assurer sa pérennité. Lors de l'annonce de la formation de ce groupe de travail, le gouvernement Charest mentionne que le rôle qui peut être joué par le secteur privé pour améliorer l'offre ainsi que l'accès aux services doit être examiné. Il dit même être prêt à se pencher sur des solutions pouvant contrevenir à la *Loi canadienne sur la santé*. À ce propos, le ministre de la Santé, Philippe Couillard affirmait, à ce moment, que : « le Québec n'est pas obligé de se plier à la *Loi canadienne sur la santé* s'il renonce aux transferts fédéraux. Le fédéral n'a aucune juridiction directe sur le système de santé québécois, il gère le financement » (Breton, 2007).

Le rapport de ce groupe de travail est rendu public le 11 février 2008 et met sur la place publique 34 recommandations (Groupe de travail sur le financement du système de santé, 2008). Ces recommandations concernent la productivité du système de santé, l'évaluation et le suivi des coûts, les responsabilités et l'imputabilité des instances ainsi que l'instauration de nouvelles sources de financement. C'est principalement sur ce dernier aspect que le rapport suscite le plus de controverses. À cet égard, les recommandations mises de l'avant suggèrent une franchise dont le montant serait fonction du nombre de visites médicales effectuées par le citoyen, une cotisation annuelle fixée par les cliniques de santé, une hausse de la TVQ et l'ouverture aux assureurs privés pour permettre la couverture des soins pour leurs membres. Si le Conseil du patronat du Québec (CPQ), la Fédération des chambres de commerce du Québec (FCCQ), l'Institut économique de Montréal (IEDM) et l'Institut Fraser ont très bien accueilli le rapport, sauf en ce qui concerne une augmentation de la TVQ (Rioux-Soucy, 2008), il en est tout autrement pour les partisans d'une présence forte du système public en santé. On y voit une autre tentative pour les entrepreneurs privés d'ouvrir davantage un nouveau marché et la récusation du droit à la santé, peu importe la condition sociale et économique d'une personne. Pour sa part, le Conseil québécois de la coopération croit que la cotisation annuelle pourrait avoir une justification dans les cliniques de première ligne dont le contrôle est exercé par les citoyens (Rioux-Soucy, 2008). D'autres recommandations suscitent également une forte opposition, soit la mixité de la pratique médicale qui permettrait à un médecin de pratiquer dans le régime public et de traiter des patients à leurs frais dans une clinique privée, et l'idée de confier la gestion des hôpitaux au secteur privé. Les opposants y voient là une façon de transférer des ressources financières et humaines vers le secteur privé.

## **1.2 Définitions et précisions sur l'économie sociale**

La notion d'économie sociale a fait son entrée sur la scène publique québécoise au milieu des années 1990, mais elle était couramment utilisée dans les réseaux coopératif et académique dès le 19<sup>e</sup> siècle, en France tout particulièrement. Cette idée n'était pas inconnue au Québec, puisque Alphonse Desjardins, fondateur des caisses populaires Desjardins, était membre de la Société de l'économie sociale de Montréal. L'économie sociale désignait, comme elle le fait encore aujourd'hui, des formes d'association économique pratiquées par des familles ouvrières et agricoles afin de leur permettre de faire face aux conditions de vie difficiles qu'elles rencontraient, d'avoir accès à des biens et des services et acquérir davantage d'influence dans différents domaines et dans des organisations. Les premières entreprises d'économie sociale qui ont vu le jour au Québec sont les sociétés d'entraide ainsi que les mutuelles d'assurances. Celles-ci ont d'abord été mises sur pied au 18<sup>e</sup> siècle dans les milieux ouvriers, en l'absence de

programmes publics de sécurité sociale, afin d'offrir un secours temporaire aux travailleurs en cas de maladie, d'infirmité ou de décès (D'amours 2006).

Deux événements marquants, du milieu des années 1990, ont contribué à l'entrée sur la scène publique québécoise de la notion d'économie sociale et à sa reconnaissance politique. Le premier de ces événements, provenant de la société civile, est la Marche de femmes contre la pauvreté, *du pain et des roses*, qui s'est déroulée en juin 1995 à l'initiative de la Fédération des femmes du Québec (FFQ). L'une des revendications de cette marche concernait « la mise sur pied ou la consolidation d'infrastructures communautaires » (Mayer et Goyette, 2000 :55). Cet événement fut l'occasion d'initier une réflexion de société sur l'économie sociale. Suite à cette marche, le gouvernement péquiste, alors au pouvoir, met sur pied d'un Comité d'orientation et de concertation sur l'économie sociale et des Comités régionaux d'économie sociale (CRÉS). Le deuxième événement d'importance correspond à une initiative de l'État québécois, soit le Sommet sur l'Économie et l'Emploi, qui s'est déroulé à l'automne 1996. Ce dernier entraîna la création d'un groupe de travail sur l'économie sociale (GTÉS) (aujourd'hui devenu le Chantier de l'économie sociale) (Lévesque et Mendell, 1999; Vaillancourt et Tremblay, 2001; Lévesque, 2007).

Au Québec, une définition répandue de l'économie sociale est celle mise de l'avant par le GTÉS dans son rapport *Osons la solidarité*, déposé au deuxième sommet sur l'économie et l'emploi en octobre 1996. Le gouvernement du Québec a officiellement adopté cette définition en 1997. L'économie sociale regroupe l'ensemble des activités exercées par des entreprises ou organismes, principalement des coopératives, des mutuelles et des organismes à but non lucratif (OBNL) (productrices de biens et services marchands et non marchands), en fonction de certaines valeurs et principes. Les valeurs sur lesquelles se fonde l'économie sociale sont la solidarité, l'autonomie et la citoyenneté. Ces valeurs se traduisent à l'intérieur de différents principes définissant l'économie sociale que sont :

- une finalité de services aux membres ou à la collectivité, plutôt que de profit ;
- l'autonomie de gestion, notamment par rapport à l'État ;
- un processus de décision démocratique qui implique les usagers et usagères, et les travailleurs et travailleuses ;
- la primauté des personnes et du travail, sur le capital, dans la répartition des revenus et des surplus ;
- la participation, la prise en charge ainsi que la responsabilité individuelle et collective.

Cette définition large permet, selon Lévesque et Mendell (1999), en mettant l'accent plus sur les valeurs que les statuts juridiques, d'inclure sous la même dénomination, tant l'ancienne que la nouvelle économie sociale. Elle permet également de tenir compte des pratiques de développement économique communautaires, de faire le lien entre les différentes époques de développement de l'économie sociale québécoise et d'inclure des initiatives non marchandes comme composante de l'économie sociale.

Il existe actuellement différentes manières de modéliser l'économie sociale, que ce soit selon les statuts juridiques, les générations d'entreprises d'économie sociale, leurs fonctions ou par les principes économiques.

Sur cette question des principes économiques, il existe une conception plutôt entrepreneuriale de l'économie sociale et une autre plutôt élargie. La conception entrepreneuriale souhaite limiter l'usage de la notion d'économie sociale aux coopératives et aux OBNL dont les revenus proviennent majoritairement de la vente d'un bien ou d'un service sur le marché. C'est ainsi le volet de l'entreprise qui est mis de l'avant ; l'on considère ainsi que le volet de l'association, bien qu'indispensable, ne permet pas de distinguer l'économie sociale des organisations n'ayant pas de volet économique à proprement parler, puisqu'elles bénéficient de subventions ou de contributions statutaires. Pour les tenants d'une conception élargie de l'économie sociale, la production de services et de bien non marchands représente également une activité économique. Ainsi, font partie de l'économie sociale « des activités en tout ou en partie non marchandes (surtout avec des associations et des mutualités) comme la santé, la culture, l'éducation, les loisirs, les services sociaux, la coopération au développement, etc. » (Defourny et Develtere, 1999 : 39). Dans ce cahier de recherche, nous avons choisi d'adopter cette conception élargie de l'économie sociale.

La manière sans doute la plus commune de distinguer les différentes entreprises d'économie sociale est probablement en regard de leurs statuts juridiques. Les trois principales composantes juridiques de l'économie sont les coopératives, les mutuelles et les associations ou OBNL. Si l'on adopte la conception élargie d'économie sociale présentée dans le paragraphe précédent, la troisième composante de l'économie sociale, les associations ou OBNL, regroupe tant les organismes à but non lucratif qui produisent des biens et services marchands que celles produisant des biens et services non marchands (D'Amours, 2006).

Certains auteurs font la distinction entre ancienne et nouvelle économie sociale. Par ancienne économie sociale, on réfère aux mutuelles, aux coopératives financières ainsi qu'aux grandes coopératives agricoles (Vaillancourt et Favreau, 2000 ; Vaillancourt et Tremblay, 2001 ; D'Amours, 2006). Pour D'Amours (2006), ces entreprises forment également la première génération des entreprises d'économie sociale. Ce sont des entreprises qui pour la plupart existent depuis plus d'une centaine d'années, sont d'assez grande taille et comptent de nombreux employés. Pour ce qui est de la nouvelle économie sociale, on fait principalement référence aux initiatives mises en place au cours des 30 à 35 dernières années. Elle se différencie de l'ancienne économie sociale par les demandes sociales récentes auxquelles elle cherche à répondre, par les acteurs qui s'y mobilisent ainsi que par la volonté explicite de changement social qui y est exprimée (Vaillancourt et Favreau, 2000). D'Amours (2006) identifie deux générations d'entreprises d'économie sociale au sein de la nouvelle économie sociale, soit la deuxième et la troisième génération. La deuxième génération d'entreprise d'économie sociale représente les coopératives et les OBNL du secteur marchand qui offrent des services. Ces entreprises collectives se distinguent de la première génération par leur plus petite taille, leur nombre moindre d'employés ainsi que leur développement à partir des années 1970, mais surtout par leur appartenance aux organisations d'économie sociale reconnues par le gouvernement du Québec en 1996. La troisième génération d'entreprises d'économie sociale fait quant à elle référence aux organismes communautaires ainsi qu'aux groupes d'action communautaire autonome liés au secteur non marchand. Ces organismes concernent principalement les groupes de défense de droits, de pressions politiques, de ressources alternatives ainsi que d'information et de sensibilisation. Contrairement aux entreprises collectives de la deuxième génération, ces

organismes n'ont pas l'exigence de l'autofinancement ou de la tarification de leurs services et ne s'inscrivent pas dans le cadre d'une démarche entrepreneuriale (D'Amours, 2006).

Il existe d'autres dénominations d'organisations assimilables à l'économie sociale et pouvant semer la confusion. C'est le cas des notions « organismes communautaires » et « tiers-secteur ». Cette dernière expression est sans doute la plus généraliste et on l'utilise pour distinguer les organismes n'appartenant pas au secteur privé à but lucratif (premier secteur) et au secteur public (deuxième secteur) (Vaillancourt, 1999). En ce sens, le troisième secteur désigne des organisations indépendantes, légalement constituées, dont les surplus ne font pas l'objet d'une appropriation différenciée par une catégorie d'acteurs et dont les activités sont fondées en partie sur le don et le bénévolat, et sur le travail salarié pour une majorité d'entre elles. Le troisième secteur comprend les groupes communautaires locaux, les groupes civiques de défense des droits, les fondations, les groupes d'entraide, les associations de quartier, etc. On peut également considérer qu'il comprend l'économie sociale. Celle-ci représente alors un « tiers secteur » de l'économie se distinguant de l'économie marchande (entreprises privées capitalistes), de l'économie publique (agences d'État et établissements des réseaux public et parapublic) et du secteur informel (contributions non monétaires des membres de la famille et des proches) (Vaillancourt et Favreau, 2000 ; Vaillancourt et Tremblay, 2001 ; D'amours, 2006).

Lorsqu'il est question des organismes communautaires ou du « communautaire », on fait référence à des organisations ayant un statut juridique que reconnaît et rend possible la partie 3 de la Loi sur les compagnies. Ce sont des entités ayant des buts non lucratifs, et qui existent dans l'intérêt collectif de la communauté visée et donc définies par elle et pour elle, tout en respectant l'intérêt et les besoins des individus. Conformément aux dispositions législatives, les organismes communautaires fonctionnent selon la règle « une personne, une voix » et mènent diverses activités : offre de services, entraide, information, ressources, défense des droits, éducation, etc. (définition inspirée de Lamoureux et al., 2000, p. 61). D'emblée sont exclues des organismes communautaires les coopératives et les mutuelles ; il existe une intersection entre le communautaire et l'économie sociale, cette dernière notion étant utilisée pour faire ressortir les contributions économiques de différentes natures des organisations (marchand et non marchand, monétaire et non monétaire).

Une autre manière de différencier les initiatives d'économie sociale, dans le domaine de la santé tout particulièrement, est par leurs fonctions. Les entreprises d'économies sociales peuvent revêtir différentes fonctions. Comeau et Girard (2005) identifient trois premières fonctions distinguant l'économie sociale dans le domaine de la santé, soit le financement, la prestation de soins et de services ainsi que la régulation et la réglementation des services. Mais on pourrait aussi parler de quatre fonctions en ajoutant aux précédentes la gestion des infrastructures et des ressources. En économie sociale, sur le plan du financement, on retrouve principalement des mutuelles et des coopératives de services financiers. Ces dernières contribuent à offrir une couverture complémentaire pour les soins de santé, non assumés ou partiellement assumés par l'État, notamment par le biais d'assurances. Pour ce qui est des ressources et infrastructures, on retrouve, par exemple, des coopératives de services de santé qui offrent à des professionnels des ressources ainsi que des infrastructures ou lieux de pratiques afin que ceux-ci puissent pratiquer dans une localité particulière, selon les besoins de la population. En ce qui concerne la prestation de soins et services, on distingue d'abord, du côté de la dispensation des soins de santé, des initiatives telles que des coopératives de travailleurs (ambulanciers et autres professionnels de la

santé), la transformation d'une clinique privée en coopérative, des entreprises de services en périnatalité ainsi que les pharmacies sociales (présentes en Europe, mais pas au Québec). Puis, en ce qui a trait à la prestation de services liés à la santé, de nombreuses initiatives liées à l'économie sociale existent, telles que l'habitation communautaire pour les aînés, l'aide domestique ainsi que les ressources alternatives en santé mentale. Finalement, pour ce qui est de la fonction de réglementation et des normes dans le domaine de la santé, elle est principalement occupée par l'État. Néanmoins, de nombreuses associations de défense de droits et visant des changements sociaux interviennent face à la réglementation et aux normes mises en place entre autres par l'État (Comeau et Girard, 2005).

### **1.3 Modèles de développement, transformations du système de santé et pertinence de l'économie sociale**

Le développement du système de santé québécois a été basé principalement sur la mise en place d'un système public et universel dans les années 1970, dans la foulée des transformations issues du modèle d'État-providence mis en place dans les pays occidentaux dans les années d'après-guerre, mais seulement à partir des années 1960 au Québec.

À partir années 1980, on constate que ce modèle providentialiste est en crise dans la majeure partie des pays occidentaux. La hausse importante des dépenses en matière de santé et de services sociaux, difficile à contrôler, alors que les revenus sont demeurés relativement stables, constitue le principal facteur financier de la crise. On recherche alors des stratégies de diminution des dépenses publiques qui courent le risque de remettre en question la protection sociale étatique (Mayer et Goyette, 2000). De surcroît, avec la perspective néolibérale de diminuer le poids des dépenses publiques dans l'économie, la remise en question des dépenses dans le secteur de la santé s'avère une voie de prédilection. En effet, la part que celles-ci occupent dans le budget national est considérable et les effets à court terme ne sont pas apparents, car le lien entre l'évolution des coûts de santé et l'amélioration de l'état de santé de la population est difficile à établir (Bergeron et Gagnon, 2003). On ne peut effectivement pas nier l'importance des coûts de la santé pour la société québécoise lorsque l'on constate que les dépenses en matière de santé et de services sociaux représentent aujourd'hui environ 40 % des dépenses gouvernementales dans ces secteurs. Nous pouvons nous demander jusqu'à quel niveau il est acceptable que ces dépenses croissent, sans qu'elles affectent sérieusement les autres mandats de l'État (Girard, 2006a). En plus de ces phénomènes, d'autres facteurs ont influencé la remise en question de différents aspects du système de santé québécois. Sur le plan démographique, des changements importants se sont produits en matière de vieillissement de la population, d'immigration et de multiethnicité. Sur le plan social, divers phénomènes, que l'on parle d'éclatement des formes de familles, de perte des solidarités primaires, de progression de nouvelles formes de maladies (sida, cancer) ou d'apparition de nouveaux problèmes sociaux (violence, suicide, itinérance). Sur le plan culturel, la population est de plus en plus critique envers la pratique médicale et la bureaucratisation des soins. Sur le plan scientifique, on reconnaît mieux le rôle des différents déterminants socioéconomique sur la santé des personnes (habitudes de vie, environnement, etc.), des nouvelles pratiques de la santé (médecine alternative) ainsi que des technologies de pointe en santé (Comeau et Girard, 2005).

« Le modèle de développement économique et social qui a prévalu dans les années d'après-guerre n'est pas seulement en crise, mais en restructuration majeure » (Vaillancourt et Favreau,

2000 : 1). Le secteur de la santé et des services sociaux témoigne bien de ces restructurations et est aujourd'hui en pleine transformation. Ces transformations ont été amorcées suite à la crise du modèle de développement fordiste ou providentialiste qui a frappé l'ensemble des pays industrialisés au début des années 1980 et qui a entraîné la remise en question de certaines pratiques et politiques sociales mises en place dans la période de l'État-providence. Avec cette crise de modèle de développement, l'implication et la place de l'État dans le secteur de la santé ont donc été de plus en plus remises en questions dans les dernières décennies. Pour les tenants du néolibéralisme, la crise s'explique par le fait que l'État n'est plus considéré comme la solution, mais plutôt comme le problème. Ces derniers préconisent des transformations de l'État visant une sortie de la crise orientée vers le marché (Vaillancourt et al., 2000). Devant la difficulté du secteur public d'assumer seul la responsabilité des services de santé québécois, la tendance des gouvernements et de plusieurs acteurs québécois, au cours des dernières années, a donc été de se tourner vers le secteur privé, afin de solliciter sa contribution. Cependant, l'imposition de ce modèle n'est pas inéluctable et certains auteurs prônent des transformations de l'État allant dans le sens de la construction d'un modèle de développement solidaire dans lequel un nouveau partenariat entre l'État et l'économie sociale serait possible (Vaillancourt et Tremblay, 2001). Pour Vaillancourt et Favreau (2000 : 4), « le marché et l'État n'arrivent pas à trouver des réponses aux problèmes actuels (exclusion, bureaucratisation des services publics, etc.), à reconnaître les nouveaux besoins sociaux et à définir de nouvelles formes d'organisation de l'entreprise qui correspondraient mieux aux aspirations de ses travailleurs ». Devant cette perspective, la question de la place de l'économie sociale aux côtés de l'État est pertinente. Pouvons-nous sortir du dualisme privatisation-étatisation et prendre en compte les contributions possibles de l'économie sociale dans les transformations des services de santé et services sociaux (Vaillancourt et Tremblay, 2001) ?

Vaillancourt et Favreau (2000) identifient trois modèles de développement à l'intérieur desquels peut s'inscrire l'économie sociale. Ces trois modèles sont le modèle social-démocrate traditionnel, le modèle néolibéral ainsi que le modèle solidaire. Dans le modèle social-démocrate traditionnel, le social est de la responsabilité exclusive de l'État qui, après avoir taxé le capital, peut effectuer des investissements. Dans ce contexte, l'économie sociale serait perçue comme une forme résiduelle, résultant d'un héritage du passé. Le modèle néolibéral, quant à lui, tend à réduire l'économie au marché, le social ne concernant alors que les personnes exclues de l'économie de marché. Dans cette perspective, le social est instrumentalisé au profit des seules finalités économiques et l'économie sociale tend alors à devenir une économie de misère, « au noir » ou informelle coupée des enjeux de l'économie dominante. Pour ce qui est du modèle solidaire ou modèle de la démocratie économique, il envisage que le social relève à la fois de l'État, pour la redistribution, et de la société. Avec ce modèle, l'économie sociale remet en question l'exclusivité marchande dans le développement économique et social et incite à la démocratisation de l'ensemble de l'économie et des services collectifs. Dans ce modèle, l'État demeure tout de même la principale instance de régulation et de redistribution (financement) et les services publics dispensés par l'État doivent être maintenus et renouvelés. Cependant, l'économie sociale peut offrir certains services de qualité non offerts par le secteur public, mais en octroyant aux travailleurs et travailleuses des conditions de travail adéquates (Vaillancourt et Favreau, 2000). Pour Vaillancourt, Aubry, Jetté et Tremblay (2001), depuis une dizaine d'années, l'économie sociale fait partie de l'émergence hésitante et fragile, mais réelle, d'un nouveau modèle de développement, qui peut être qualifié de solidaire. Dans le contexte de crise de l'État-

providence, l'économie sociale pourrait donc contribuer au renouvellement ainsi qu'à la démocratisation des politiques publiques.

Pour bien comprendre les enjeux liés au système de santé québécois et à la présence des initiatives d'économie sociale dans ce domaine, il importe de considérer le système de santé de manière plus large et plus globale que sa seule dimension curative. Dans cette perspective, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la santé comme un état de bien-être complet, tant physique, moral que social, plutôt que la seule absence de maladie. Le système de santé correspondrait donc à l'ensemble des agents qui favorisent l'atteinte de ce bien-être « global », soit les administrateurs, les financeurs, les acteurs, les infrastructures ainsi que les usagers et usagères. Avec cette définition holistique de la santé, plusieurs types de services et d'associations sont susceptibles d'influer sur l'état de santé (bien-être) des individus. Fleuret (2005) considère que ces associations font partie de la sphère « sociosanitaire » qu'il divise comme suit : aide au malade ou à ses proches par le soutien lors d'une épreuve liée à la maladie, à un acte médicalisé ou un épisode de vie traumatisant ; information, prévention et conseil relatifs aux soins et services de santé ; défense de droits ; services et soins à domicile, services d'accueil hors domicile ; divers services d'aide aux personnes ayant des incapacités ; recherches liées à la santé et à l'amélioration des soins (Fleuret, 2005).

Le développement du système de santé québécois s'est réalisé, dans les dernières années, principalement selon les modèles organisationnels de gestion publique ainsi que d'entreprises privées à but lucratif (soutenues en bonne partie par un financement public). Les OBNL et les coopératives ont été majoritairement relégués aux services sociaux ainsi qu'aux services périphériques du système de santé et peu de place leur a été laissée dans la dispense des soins de santé directs à la population. Les débats de société et enjeux soulevés en lien avec la santé sont donc majoritairement envisagés dans une perspective dichotomique ou complémentaire, c'est selon, du duo État/marché et les solutions aux diverses problématiques rarement explorées dans des perspectives autres qu'étatisation ou privation. Dans cette optique, les possibilités de l'économie sociale pour le domaine de la santé sont soit ignorées ou classées comme des vecteurs de privatisation. Or, cette position apparaît aussi réductrice que la précédente, car les différences entre les initiatives privées et celles de l'économie sociale dans le domaine de la santé sont importantes, ne serait-ce qu'en matière d'inclusion des usagers et des salariés (Comeau et Girard, 2000). Il serait donc plus juste de sortir de cette dichotomie et de parler d'une voie alternative que certains nomment « communautarisation » (Vaillancourt, 1996).

Les initiatives d'économie sociale dans le domaine de la santé peuvent répondre à différents besoins et jouer divers rôles. Fleuret (2005) identifie quatre types de rôles que peuvent remplir les associations actives dans le secteur de la santé. Elles peuvent agir soit à titre de « complément » aux services publics qui ne prennent pas en charge certaines activités ; de « remplacement » d'activités ayant été délaissées par les établissements publics ; d'« opposition et de concurrence » avec des organismes similaires offrant les mêmes services, mais selon des modalités différentes ; et de « coordination, d'orientation ou de relais d'information » pour assurer la diffusion de l'information ou la défense de droits (Fleuret, 2005). Un aspect innovant des entreprises d'économie sociale est qu'elles mobilisent des ressources provenant autant du marché (contribution financière des usagers et usagères), de la redistribution (programme d'exonération financière et autres contributions de l'État), que de la réciprocité (participation et expertise des administrateurs et des membres). Cette particularité d'utilisation d'une pluralité de principes économiques différencie les initiatives de l'économie sociale dans le domaine de la santé des



entreprises privées ou du secteur public qui font habituellement appel à un seul de ces principes, soit le marché pour les entreprises privées et la redistribution pour le secteur public (Jetté, Aubry et Vaillancourt, 2005).

Les prochains chapitres explorent les différentes initiatives d'économie sociale selon leurs statuts juridiques. Dans le chapitre qui suit, il est d'abord question des différents OBNL d'économie sociale actifs dans le domaine de la santé. Le chapitre suivant présente, pour sa part, les initiatives ayant le statut juridique de coopératives. Par la suite, un autre chapitre offre un aperçu des mutuelles dans le domaine de la santé. Cette exploration des différentes formes d'initiatives de l'économie sociale dans le domaine de la santé permettra, par la suite, d'identifier les enjeux liés à la présence de ces organisations dans ce secteur d'activité et d'établir certains paramètres sur la place qu'elles pourraient y occuper.

## **2. Les OBNL d'économie sociale dans le domaine de la santé**

Ce chapitre traite des OBNL d'économie sociale dans le domaine de la santé. La conception élargie d'économie sociale, définie dans le chapitre précédent et que nous avons choisi d'adopter, amène à considérer ces types d'organisations, certaines œuvrant dans le secteur marchand, d'autres dans les services non marchands. Les origines et la nature des OBNL dans le domaine de la santé sont d'abord abordées. Puis, différentes organisations de cette nature sont présentées.

### **2.1 Origine et nature des OBNL dans le domaine de la santé**

Parmi les associations ayant vu le jour au Québec dans le domaine de la santé, à partir de la moitié du 20<sup>e</sup> siècle, on retrouve les actions des comités de citoyens pour la qualité de vie ainsi que les cliniques communautaires apparues dans les années 1960 et ayant servi de modèle aux CLSC dans les années 1970. Ces cliniques communautaires avaient été initiées soit par des professionnels ou par des citoyens et citoyennes d'un quartier, souhaitant se doter de services de santé. Elles offraient principalement des services de santé et sociaux de première ligne et tant les citoyens et citoyennes que les employés étaient invités à participer à sa gestion (Comeau et Girard, 2005). Parmi ces cliniques formées avec l'appui de comités de citoyens, on retrouve la Clinique des citoyens de Saint-Jacques, la Clinique du peuple de Saint-Henri, la Clinique communautaire du Centre-ville, le Centre communautaire d'Hochelaga-Maisonneuve ainsi que la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles. La majeure partie de ces cliniques communautaires ont été transformées en CLSC dans les années 1970 et 1980. Seule la clinique de Pointe-Saint-Charles a réussi à conserver son statut d'organisme communautaire tout en s'intégrant au réseau des CLSC (Girard, 2006a).

Dans les années 1970 et 1980, le mouvement communautaire s'enrichit de la création de nouveaux OBNL dans le domaine de la santé. Ceux-ci ont été créés principalement pour répondre aux besoins d'accompagnement et de défense de droits des populations en matière de santé mentale, de santé des femmes ainsi que chez les personnes handicapées (Girard, 2005e). Parmi ces initiatives d'économie sociale dans le domaine de la santé, on retrouve les centres de santé des femmes, formées dès les années 1970 ainsi qu'une multitude d'associations intervenant dans le champ de la santé mentale, à partir du début des années 1980 (Girard, 2006a).

Les OBNL d'économie sociale peuvent être regroupés en deux catégories. La première est constituée d'organisations assimilables aux entreprises d'économie sociale et aux coopératives, et comporte un volet marchand. Elles sont d'abord apparues dans les années 1970, puis elles ont connu un développement important après 1996, à la suite de la reconnaissance officielle de l'économie sociale par le gouvernement du Québec. La deuxième catégorie d'organisations est associée à la composante non marchande de l'économie sociale. On y retrouve des organismes communautaires et des groupes d'action communautaire autonome qui offrent soit des services d'information, de sensibilisation, de défense de droits, des ressources alternatives ou qui réalisent des pressions politiques (D'amours, 2006).

## **2.2 Les types d'OBNL dans le domaine de la santé**

Suite à la crise de l'État-providence, différentes initiatives d'économie sociale se sont développées, davantage dans le champ des services sociaux que dans le domaine de la santé. Cependant, quoique leur développement fût plus tardif, différents OBNL d'économie sociale sont aujourd'hui actifs dans les domaines de la santé.

Les services dans le domaine de la santé peuvent être offerts par quatre types d'organisations, soit les cliniques privées, les CLSC, les coopératives de services de santé et les OBNL. Différentes raisons ont motivé la mise sur pied de ressources de soins de santé de première ligne prises en charge par la communauté : pénurie de ressources ou manque d'accès de certaines populations aux services, médicalisation abusive dans certains secteurs (par exemple en psychiatrie), souci d'humanisation des soins, volonté d'implication chez les usagers et usagères, désir d'amélioration du système, promotion de l'autosanté et recherche de changements sociaux (Comeau et Girard, 2000).

Les principales initiatives d'économie sociale dans le domaine de la santé sont les suivantes : associations de défense de droits, associations d'entraide, cliniques communautaires de soins de santé, centres de santé des femmes, centres de ressources périnatales, ressources alternatives en santé mentale, entreprises d'économie sociale en aide domestique, services d'hébergement et d'habitation communautaire pour les aînés, et pharmacies sociales.

### **2.2.1 Associations de défense des droits**

Les associations de défense des droits dans le domaine de la santé peuvent être actives sur le plan des droits individuels ou collectifs. Ces dernières sont apparues d'abord dans les années 1960, sous la forme des comités de citoyens, et avaient alors un caractère politique et revendicateur. Elles s'attaquaient principalement aux problèmes sociaux et aux inégalités (Fortin, 2003). Ces associations tirent leur importance de la nécessité pour la population de défendre certains de leurs droits reconnus par le système de santé actuel. Les débats publics entourant l'avenir et les problèmes du système de santé québécois portent sur les limites à l'application de certains droits jugés importants pour les usagers et usagères. Parmi ces droits menacés, on retrouve : le droit aux services, le droit à l'information, le droit au consentement, le droit d'accès à son dossier et à sa confidentialité, le droit au respect et à la dignité ainsi que le droit à la vie, à la sécurité et à l'intégrité. L'importance d'assurer l'accessibilité, l'équité, la fiabilité et l'universalité des services fait partie des facteurs motivant les actions de ces associations. Le maintien du respect de la vie privée et de la confidentialité des dossiers médicaux est également un aspect important en matière de droits des usagers et usagères (CSBE, 2005).

### **2.2.2 Associations d'entraide**

Dans les années 1980 et 1990, différentes associations d'entraides se sont développées au Québec. Dans le domaine de la santé, des associations apportant de l'aide et du soutien aux personnes malades et à leurs proches existent pour une grande partie des maladies et problèmes chroniques (diabète, cancer, Alzheimer, sida, etc.). La participation de ces différentes associations au système de santé et de services sociaux est assez diversifiée. Certaines font de la prévention, d'autres de l'aide après diagnostic et conséquence d'un problème de santé, certaines

se situent plus près du curatif, d'autres du préventif. On retrouve également plusieurs de ces associations dans le secteur de la santé mentale, parmi les ressources alternatives en santé mentale (Fortin, 2003).

### **2.2.3 Cliniques communautaires de soins de santé**

Dans les années 1960, des comités de citoyens, principalement de quartiers urbains défavorisés de Montréal, ont mis sur pied, avec l'aide de professionnels de la santé, des cliniques communautaires de soins de santé (Girard, 2006a). Ces cliniques populaires de santé allaient à contre-courant de la demande de services collectifs étatiques, associée à la période de l'État-providence. Elles remettent en cause la manière dont l'État dispense les services, soit la gestion bureaucratique et centralisée qui inclut peu les usagers et usagères, l'organisation du travail qui fragmente et spécialise les tâches des employés ainsi que les limites du modèle biomédical. Dans cette perspective, plusieurs de ces cliniques s'opposent, au début des années 1970, au projet de loi 65 prévoyant la création des CLSC, par crainte d'institutionnalisation de leurs pratiques. Par la mise sur pied de ces cliniques, les comités de citoyens tentaient de résoudre eux-mêmes certains problèmes du quartier sans faire appel à l'État. Ces comités expérimentent de nouveaux rapports de consommation et de nouveaux rapports de travail, en cherchant à renouveler tant les pratiques professionnelles (promotion du travail en équipe, réponse aux besoins de la communauté) que les pratiques de consommation (cogestion usagers-travailleurs, dépassement de la consommation individuelle et passive) (Bélanger et Lévesque, 1992).

Les militants et professionnels qui ont participé aux projets de cliniques communautaires cherchaient à promouvoir un virage radical de la santé et visaient des changements sociaux plus larges. Ces cliniques ont été mises sur pied afin de contrer la tendance à la médicalisation des divers épisodes de la vie, de promouvoir de saines habitudes de vie, de concilier la santé et le social, de fonctionner avec un mode de gestion dans lequel une place importante est donnée aux usagers et usagères, et de promouvoir une approche égalitaire entre les professionnels de la santé ainsi qu'entre eux et les citoyens et citoyennes (Girard, 2006a). De plus, les comités de citoyens impliqués dans ces projets remettent en cause la consommation individualisée et passive des services de santé. Le comité tente également de lier certains problèmes de santé aux conditions de vie délétères telles que le chômage, les faibles revenus, les logements inhabitables ou insalubres, la pollution et le manque d'équipements collectifs de loisir. Les professionnels qui s'engagent dans ces projets le font, quant à eux, d'abord de manière bénévole, puis en acceptant une rémunération plus modeste que dans la pratique privée. Ces cliniques leur permettent de pratiquer la médecine de façon plus humaine (Bélanger et Lévesque, 1992).

Les principales cliniques communautaires furent formées par des comités de citoyens dans les quartiers urbains défavorisés de la ville de Montréal. On les retrouvait dans les quartiers de Saint-Jacques, de Pointe-Saint-Charles, de Saint-Henri, Hochelaga-Maisonneuve et du Centre-ville (Bélanger et Lévesque, 1992). D'autres projets similaires de cliniques se sont également développés à Québec, à Hull ainsi qu'en Estrie. Ces cliniques, quoique bien différentes dans leurs modes d'organisation et de fonctionnement, ont pour caractéristiques communes de s'adresser à une clientèle de petits travailleurs à faible revenu et à leur famille ainsi que d'offrir des soins médicaux à des individus n'ayant pas les moyens de se les payer. Les cliniques montréalaises de Saint-Jacques, Pointe-Saint-Charles, Saint-Henri et Centre-Ville possèdent plusieurs points en communs et une philosophie similaire. En 1971, ces quatre cliniques feront front commun pour

s'opposer à la nouvelle *Loi sur la santé et les services sociaux* et plus particulièrement au caractère de cette loi visant à mettre sur pied un réseau de CLSC à travers toute la province. En effet, même si le modèle du CLSC semble ressembler aux principes soutenus par les cliniques populaires, l'implantation d'un tel établissement dans le quartier d'une de ces cliniques représente une menace directe à leur existence. Disposant de peu de moyens et manquant de ressources financières, matérielles et humaines, il serait difficile pour ces cliniques de concurrencer les nouveaux établissements gouvernementaux et elles risqueraient soit de disparaître ou d'être intégrées dans le réseau public. Les cliniques se distinguent des CLSC principalement en regard du partage interne du pouvoir. Sur le plan de la gouvernance, ces cliniques refusent le contrôle de l'État et lui attribuent l'intention de tenter de récupérer les initiatives populaires. De plus, sur le plan des rapports entre les employés (professionnels ou non-professionnels) ou entre les professionnels et les usagers et usagères, les cliniques populaires visent la plus grande égalité possible. Ces cliniques se définissent donc, par rapport aux CLSC, comme antiétatiques, antihiérarchiques et antiprofessionnalistes (Boivin, 1988).

La clinique des citoyens de Saint-Jacques est une de ces cliniques qui a connu une histoire particulière. Elle est d'abord fondée dans la paroisse Saint-Jacques, dans le Centre-Sud de Montréal et déménagea ensuite dans le Plateau Mont-Royal, en conservant tout de même son nom original. Au milieu des années 1960, des comités de citoyens du quartier Saint-Jacques à Montréal réclament, auprès des autorités municipales, la mise en place d'une clinique médicale dans leur quartier, tout comme d'autres comités dans d'autres quartiers. Puis, en l'absence de réponse de la municipalité, le Comité des citoyens du Saint-Jacques, avec l'aide d'un groupe d'étudiants en médecine de McGill, s'affaire à mettre sur pied une clinique dans le quartier. L'ouverture de la Clinique de citoyens de Saint-Jacques a lieu quelque temps plus tard, en 1968. Tous les services dispensés à la clinique le sont alors gratuitement, que ce soit les soins médicaux, les soins dentaires ou encore les médicaments. Le personnel de la clinique comprend des médecins, dentistes, infirmières, pharmaciens, techniciens en laboratoires ainsi que les préposées à l'accueil et au secrétariat. Au départ, tous participent de manière bénévole à la clinique qui est ouverte cinq soirs de semaine. Les liens entre la clinique et le milieu médical, hôpitaux du district et faculté de médecine de l'Université McGill, sont alors très bons. De plus, plusieurs militants gravitent autour du projet de clinique qui n'aurait probablement pas pu se maintenir sans leur apport important. La clinique s'organise alors sous forme de démocratie directe sans hiérarchie et on tente de laisser le plus de pouvoir possible aux citoyens et citoyennes ainsi qu'aux non-professionnels. En 1969, la clinique est officiellement créée comme OBNL, même si elle fonctionnait déjà depuis six mois sans lettres patentes.

Dans les années 1970, les activités de la clinique prennent une tournure politique importante. On justifie cette politisation par le fait que l'état de santé des personnes dépend de leurs conditions de vie et que la disparition de plusieurs maladies nécessite plus qu'une intervention médicale curative. À la clinique, on croit qu'il faut aller du côté du pouvoir afin de changer les conditions de vie des travailleurs et ainsi d'améliorer leur santé. La clinique Saint-Jacques ne se réduit donc pas à la distribution de services et soins médicaux. Dans cette perspective, elle se présente, dans les années 1970, comme une organisation politique qui dispense des services médicaux. C'est à cette même époque que la clinique commence à salarier certains de ses employés. Tous sont alors soumis aux mêmes conditions salariales ; tant les médecins que les professionnels et les non-professionnels reçoivent le même salaire. La clinique est ensuite transformée en coopérative, rendant obligatoire l'adhésion pour avoir accès à des services médicaux. Puis, le caractère

politique de l'organisme s'estompe vers 1975, laissant place à une entreprise autonome où le personnel et les usagers et usagères prennent beaucoup de place. La clinique tente de se différencier des nouveaux CLSC, mais elle ne veut pas non plus ressembler aux cliniques privées. Elle souhaite offrir une alternative, où les usagers et usagères ont une grande place et exercent un important pouvoir. Alors que les programmes gouvernementaux visent d'abord les assistés sociaux, les personnes âgées et les jeunes enfants, la clinique Saint-Jacques, quant à elle, s'adresse principalement aux petits salariés et à leur famille dont les revenus sont insuffisants pour avoir accès aux soins de santé non financés par l'État. Par exemple, la clinique offre des soins dentaires ainsi que des soins psychologiques gratuits et accessibles aux usagers et usagères de la clinique. En 1979 et 1980, la clinique commence à éprouver certaines difficultés : la mobilisation des membres et des bénévoles s'avère de plus en plus difficile et des divergences se manifestent de plus en plus ouvertement entre les professionnels et les non-professionnels. Les problèmes se multiplient ensuite au sein de l'organisation, pendant que le ministère projette de mettre en place un CLSC dans le quartier. En 1982, on se résigne à ce que la clinique soit intégrée aux services du nouveau CLSC qui sera mis en place. En 1986, la clinique est intégrée au CLSC du Plateau Mont-Royal (Boivin, 1988).

Une autre clinique populaire, la clinique de Pointe-Saint-Charles est mise sur pied à la même période que la clinique Saint-Jacques, toujours avec l'aide d'étudiants en médecine de l'Université McGill. En 1971, menacée par un projet d'implantation de CLSC dans son quartier, cette clinique décide de négocier avec le gouvernement un statut privilégié de CLSC. La clinique accepte alors de remplir un mandat de CLSC et donc de recevoir de l'État le financement associé à ce statut, mais tout en conservant certaines de ses particularités, notamment sur les plans de la composition du conseil d'administration, des échelles salariales ainsi que de la philosophie d'intervention.

Le comité de citoyens de Milton Park a lui aussi mis sur pied une clinique en 1970, la Clinique communautaire du Centre-Ville. Celle-ci offre ses services quelques heures par semaine. La déprofessionnalisation des actes médicaux est importante dans cette clinique, puisqu'aucun médecin n'y pratique à temps plein. De nombreuses interventions doivent donc être réalisées par des individus n'ayant pas un titre de professionnel de la santé. Cette clinique fermera ses portes au milieu des années 1970 surtout par manque d'énergie et de bénévoles, mais également parce que le centre-ville de Montréal connaît une importante gentrification, le maintien de la clinique dans ce quartier devenant alors moins justifié. (Boivin, 1988)

#### **2.2.4 Centres de santé des femmes**

Dans les années 1970, le mouvement féministe dénonce la perte de pouvoir des femmes sur leur corps et leur santé, donnant ainsi naissance au mouvement pour la santé des femmes, qui s'intéresse tant à la santé physique que mentale, ainsi qu'à la santé reproductive. Au Québec et au Canada, les principales revendications de ce mouvement concernent le droit au libre choix des femmes en matière de reproduction et de sexualité (contraception, avortement), l'humanisation des naissances, la reconnaissance de la pratique sage-femme ainsi que la dénonciation des pratiques médicales abusives en gynécologie, obstétrique et psychiatrie (Carle, 1994; Fortin, 2003 ; RQASF, 2007).

Ces nouvelles préoccupations du mouvement des femmes ont donné naissance aux Centres de santé des femmes du Québec. Ceux-ci visent à développer des pratiques et services alternatifs, des lieux de référence, d'information et d'échange ainsi que des formations et de l'information relative à la santé des femmes. Ils sont également impliqués dans diverses luttes et revendications concernant la santé des femmes. De plus, ils permettent aux femmes de s'informer, de réfléchir, de discuter et de questionner les approches médicales traditionnelles, afin de trouver des alternatives à celles-ci ainsi que des solutions aux difficultés qu'elles peuvent apporter. Les objectifs de ces centres sont basés sur la volonté de déprofessionnaliser, démedicaliser et déséxiser les pratiques médicales et de santé. Ils visent à rendre ces pratiques mieux adaptées aux besoins spécifiques des femmes en santé et d'éviter les préjugés sexistes, la surmedicalisation des étapes de la vie, la déshumanisation des soins ainsi que le manque d'accès à l'information. Ils cherchent également à permettre aux femmes de sortir de leur isolement ainsi qu'à se réapproprier la capacité de s'occuper de leur santé (RQASF, 2007 ; Carle, 1994).

Les Centres de santé des femmes favorisent le développement d'attitudes préventives face à la santé de même que la prise en charge individuelle et collective par les femmes de leur santé. Pour y arriver, différentes activités sont réalisées : ateliers collectifs d'autosanté, groupes de soutien sur différentes thématiques touchant la santé des femmes, vulgarisation et diffusion d'information par le biais d'ateliers, conférences et centres de documentation. En 1983, les Centres de santé des femmes se sont regroupés au sein du Regroupement des centres de santé des femmes du Québec (RCSFQ) (RQASF, 2007). Les Centres de santé des femmes offrent différents services, tels que des services d'écoute, de référence et d'information sur la sexualité, la contraception, la ménopause, les MTS ; des services gynécologiques et d'avortement ; des cliniques pour adolescentes ; des ateliers d'autosanté ; des ateliers-échange et des groupes de soutien en santé mentale ; des services de thérapie ; des services de documentation ainsi que des services de recherche et de documentation. Ces centres offrent donc aux femmes des services cliniques représentant une alternative communautaire par rapport au réseau public. En 1986, on comptait six centres de santé des femmes au Québec, mais en 1995, il n'en restait que trois (Carle, 1994).

En 2007, ces trois centres de santé des femmes existent encore, soit le Centre de santé des femmes de Montréal, le Centre de santé des femmes de l'Estrie et le Centre de santé des femmes de la Mauricie.

Le Centre de santé des femmes de Montréal (CSFM) est un organisme communautaire autonome, formé en 1975 dans le quartier Plateau Mont-Royal à Montréal. Il s'adresse alors aux femmes du quartier et vise la prise en charge par les femmes de leur santé physique et mentale. En 1981, il s'ouvre largement à la population féminine en général, aux groupes de femmes, aux intervenantes et aux chercheuses en santé des femmes. Les actions du CSFM s'articulent alors autour de cinq volets : les services d'accueil et de références, les activités éducatives et de formation, les services d'interruption volontaire de grossesse, la recherche et la vulgarisation ainsi que les représentations politiques. Le CSFM concentre aujourd'hui ses activités dans les domaines de la santé gynécologique et de l'avortement. Les actions collectives favorisant les échanges entre les femmes et contribuant à briser l'isolement sont également favorisées dans les pratiques du CSFM. Les différents services offerts par le CSFM sont une ligne info-santé-femmes, un service d'avortement, la pilule du lendemain ainsi que divers ateliers et conférences en santé gynécologique (contraception, ménopause, cycle menstruel, avortement, etc.) (CSFM, 2007).

Le Centre de santé des femmes de l'Estrie (CSFE) a été mis sur pied en 1978, par un groupe de femmes de la Maison des femmes de Sherbrooke qui s'intéressait à l'autosanté ainsi qu'à la lutte pour le droit à l'avortement libre et gratuit. Il fut officiellement fondé en 1979 et s'appelait alors le Centre de santé des femmes de Sherbrooke. Sa désignation a été modifiée par la suite pour celle de Centre de santé des femmes de l'Estrie (CSFE), afin de créer un sentiment d'appartenance chez sa clientèle et confirmer son mandat régional. Le CSFE offre divers services, dont un service d'accueil et de référence, un centre de documentation, un service de rencontres individuelles ainsi que des activités d'autosanté regroupées autour de quatre grands programmes, soit la santé gynécologique et la vie reproductive (menstruations, reproduction, etc.), la ménopause (les alternatives à l'hormonothérapie, etc.), la santé des seins et l'image corporelle (CSFE, 2007).

Le Centre de santé des femmes de la Mauricie représente une autre organisation de l'économie sociale qui s'apparente à celles décrites précédemment. Sa mission consiste à briser l'isolement des femmes et favoriser l'échange entre elles. Ce centre vise également à promouvoir une information accessible et complète, à favoriser le libre-choix des femmes en matière de reproduction et d'orientation sexuelle de même qu'à améliorer la santé des femmes et développer leur capacité à s'en occuper. De plus, cet organisme promeut une vision globale de la santé des femmes qui tient compte de leurs conditions de vie (CDC de Trois-Rivières, 2007).

### **2.2.5 Centres de ressources périnatales**

Les centres de ressources périnatales (CRP) sont des OBNL qui offrent diverses activités et services de soutien en périnatalité selon les besoins des familles du milieu. Ce sont des entreprises d'économie sociale qui offrent des services en périnatalité complémentaires à ceux du réseau public en fonction du *Cadre de référence des Centres de ressources périnatales* du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Le fonctionnement des centres est basé sur les principes de participation, de prise en charge et de responsabilité individuelle et collective. De plus sont favorisés les processus de décision démocratiques, impliquant les familles, les employés ainsi que d'autres membres de la communauté. Au Québec, il existe une dizaine de CRP :

- La Mèreveille, centre péri-ressources, à Mont-Laurier (Laurentides) ;
- Ressources-Naissances, Lévis (Chaudières-Appalaches) ;
- Naissance renaissance Estrie, Sherbrooke (Estrie) ;
- Entre deux vagues Centre périnatal, Rimouski (Bas-St-Laurent) ;
- Carrefour familial des Moulins inc., Terrebonne (Laurentides) ;
- Carrefour péri-naissance, Saint-Eustache (Lanaudière) ;
- Centre périnatal Le Berceau, Beloeil (Montérégie) ;
- Les Relevailles de Montréal, Pointe-aux-Trembles (Montréal) ;
- Association Parents-ressources des Bois-Francs La Couvée, Victoriaville (Centre-du-Québec) ;
- Famille à Cœur, Saint-Jean-sur-Richelieu (Montérégie).

Ces CRP offrent différents services de périnatalités pour les familles, que ce soit avant, pendant ou après la naissance. Parmi ces services, on retrouve principalement :

- des services d'accueil, d'information et de référence ;



- des rencontres prénatales et préconception ;
- du yoga et de la gymnastique douce prénatale et postnatale ;
- diverses formations et ateliers prénatals et postnatals (massage pour bébé, allaitement, premiers soins bébés et enfants, cuisine de nutrition prénatale, postnatale et de petits pots, stimulation et développement de l'enfant, etc.) ;
- des cafés-rencontres ;
- des rencontres individuelles ;
- des services de soutien téléphonique ;
- des centres de documentation ;
- des groupes de soutien ;
- des services d'accompagnement à la naissance ;
- des services de relevailles à domiciles ;
- des rencontres postnatales pour les enfants de moins de 2 ans ;
- des services d'assistance à domicile ;
- des services de marrainage (allaitement, etc.) ;
- des services de location d'accessoires pour bébés et de sièges d'automobile (Réseau des CRP, 2007)

### **2.2.6 Ressources alternatives en santé mentale**

Au Québec, dans le contexte de la construction de l'État-providence marqué par l'interventionnisme public, le secteur de la santé mentale a connu un type d'institutionnalisation qui s'est peu à peu atténué. À preuve, en 1960, les institutions psychiatriques québécoises hébergeaient environ 20 000 personnes, alors qu'en 1997, elles ne comptaient plus que 6 000 personnes résidentes. Les vagues de désinstitutionnalisation qu'a connues ce secteur de la santé ont entraîné la migration de nombreux bénéficiaires et d'employés vers des organisations privées et communautaires ayant notamment pour caractéristiques d'être plus légères que les grands établissements asilaires (Vaillancourt et Jetté, 1997).

C'est ainsi que depuis le milieu des années 1970, le Québec a connu un important développement des ressources dites alternatives en santé mentale. Ces ressources se sont développées en convergence avec la poussée du courant antipsychiatrique dont la principale critique vise la médicalisation en santé mentale, l'affirmation des organismes communautaires dans le domaine des services sociaux et de santé ainsi que de la nécessité de répondre aux besoins créés par le retrait du réseau public et auxquels ne peut pas répondre le secteur marchand (Duperré, 2007). En 1983, ces organismes ont constitué le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ) qui réunit maintenant environ 120 organisations se définissant comme des ressources alternatives en santé mentale, soit :

- des centres de crise ;
- des groupes d'entraide ;
- des ressources thérapeutiques ;
- des lieux d'hébergement ;
- des maisons de transition ;
- des centres de jour ;

- des ressources de réintégration au travail ;
- des services d'écoute téléphonique ;
- des services de répit ;
- des services de suivi dans la communauté ;
- des associations de soutien aux proches ;
- des centres de prévention du suicide ;
- des organismes de défense de droits. (RRASMQ, 2007 ; Comeau et Girard, 2005).

Les interventions de ces différents organismes touchent la défense des droits, la prévention pour la santé mentale et les thérapies misant sur les capacités des individus. Plusieurs de ces organismes développent des pratiques visant à pallier aux approches biomédicales fondées sur le recours abusif aux médicaments, la psychiatrie et l'enfermement (Vaillancourt et Jetté, 1997). Il faut cependant rappeler que ces organismes se distinguent les uns des autres selon leur filiation à l'institution biomédicale caractérisée soit par l'acceptation ou le rejet, leur conception de la relation entre les professionnels et les patients, et leurs rapports qui peuvent être marqués par le partenariat, la complémentarité, la concurrence ou l'indifférence (Fortin, 2003).

### **2.2.7 Entreprises d'économie sociale en aide domestique**

Les services à domicile font partie de la politique de maintien à domicile du gouvernement du Québec. La première politique de maintien à domicile a été adoptée en 1979. C'est donc à partir de ce moment que l'on commence à reconnaître que les diverses composantes du maintien à domicile ont un impact important sur la qualité de vie des personnes âgées et des personnes en perte d'autonomie. L'accès à de tels services peut être déterminant pour une personne en perte légère d'autonomie et lui permettre de demeurer chez elle. Or, plusieurs années se sont écoulées entre la réforme Castonguay-Nepveu et la mise en place d'une réelle politique de maintien à domicile. Certes, pendant ces années, des services de maintien à domicile existaient, mais ils n'étaient aucunement priorisés. Entre 1940 et 1980, la perspective de développement était la prise en charge par l'État de l'hébergement des personnes âgées, même lorsqu'elles étaient relativement autonomes, plutôt que l'offre de services leur permettant de demeurer dans leur milieu de vie (Vaillancourt et Jetté, 2001 ; Vaillancourt, Aubry et Jetté, 2003).

Le secteur du maintien à domicile comprend quatre composantes : le logement, les services à domicile, le transport et les revenus. Pour leur part, les services à domicile comprennent les services psychosociaux, assumés habituellement par des travailleurs sociaux, les services de réadaptation, pris en charge par des physiothérapeutes et des ergothérapeutes, les services de soins à domicile, confiés aux infirmières, les services d'aide à domicile, relevant traditionnellement des auxiliaires familiales des CLSC ainsi que les services de répit et gardiennage. Parmi ces services, ce sont particulièrement ceux de l'aide à domicile qui ont été touchés par le non-engagement des CLSC. En effet, il faut comprendre que l'aide à domicile (travaux de ménage légers) est un secteur d'activités dans lequel les établissements publics étaient peu engagés. De fait, les CLSC offrent depuis longtemps des services de soutien à domicile livrés par des auxiliaires familiales qui font bien davantage que de l'entretien ménager : elles apportent, entre autres choses, un soutien moral à des personnes en perte d'autonomie (personnes handicapées, personnes en convalescence, etc.) et s'assurent qu'elles sont en contact avec les ressources du milieu. Pour la portion de l'entretien ménager destiné à d'autres groupes

dans la population, peu de CLSC s'y était engagés et ceux qui le faisaient, comptaient sur des organismes communautaires, et ce, depuis leur création au début des années 1970. L'aide à domicile pour les personnes en légère perte d'autonomie et pour la population en général (en particulier pour les responsables de famille en emploi) n'était pas prise en charge par l'État, pour ainsi dire, mais celui-ci a tiré son avantage en sortant une bonne partie cette activité du « travail au noir » et en intégrant des femmes peu qualifiées sur le marché du travail. Il le fait à peu de frais dans la mesure où sa contribution financière aux entreprises de l'économie sociale ne permet pas d'offrir ce type de services à une population peu fortunée et qui en a besoin, ni d'accorder des salaires convenables aux préposées (Paquet et Comeau, 2007).

Plus précisément, les services d'aide à domicile comprennent des services d'assistance personnelle, des services d'aide-domestique et des services de soutien civique. Les services d'assistance personnelle tels que ceux d'hygiène de base, d'aide à l'alimentation, de mobilisation et de transferts sont généralement demeurés la responsabilité des auxiliaires familiales des CLSC. Ce sont plutôt les services d'aide domestique (entretien ménager léger et lourd, approvisionnement et autres courses, entretien des vêtements) et les services de soutien civique (administrer un budget, rédiger des documents, remplir des formulaires, accomplir des démarches), nécessitant une moins grande formation, qui ont été confiés à des entreprises œuvrant à l'extérieur du réseau public (Vaillancourt et Jetté, 1997 ; Vaillancourt et Jetté, 2001).

Le réseau des entreprises d'économie sociale en aide domestique (EÉSAD) s'est constitué dans les années 1990. Les principaux facteurs liés à leur émergence sont l'explosion des besoins manifestés, d'une part, par la population vieillissante et, d'autre part, les ménages actifs sur le marché du travail, le chômage des personnes peu scolarisées et le contexte de crise de l'État-providence qui contraignait son développement. C'est véritablement lors du Sommet sur l'économie et l'emploi de 1996 que le réseau a pu prendre son élan. Les pourparlers ont conduit à l'adoption du Programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique (PEFSAD). Le PEFSAD poursuit deux objectifs : développer un réseau solide d'entreprises de services d'aide domestique et encourager les personnes à se procurer des services d'aide domestique auprès de ces entreprises. Son fonctionnement est le suivant. Lorsque des services domestiques sont rendus par une entreprise d'économie sociale reconnue à une personne (ou à un ménage), cette personne peut demander une réduction du tarif exigé. Cette réduction peut prendre la forme d'une aide fixe ou d'une aide variable. L'aide fixe est accordée à toutes les personnes et à toutes les familles indépendamment du revenu familial (Comeau et Demers, 2003).

Parmi les 103 entreprises reconnues par le PEFSAD en 2000-2001, on retrouve 59 corporations à but non lucratif et 42 coopératives. Il existe deux regroupements nationaux : la Fédération des coopératives de services à domicile du Québec (FCSDQ) et le Regroupement des entreprises d'économie sociale en aide domestique du Québec (REÉSADQ). La rentabilité de ces organisations a toujours été plutôt difficile. Les ressources allouées aux organismes issus de la communauté sont insuffisantes et les entreprises privées, quant à elles, cherchent à s'assurer une marge de profit par la flexibilité qui se traduit par la rémunération minimale de leurs employés. Dans les deux cas, la qualité tant des emplois que des services est compromise. Cette situation fait qu'une partie des services relève toujours du travail au noir, échappant ainsi aux normes tant en terme de régulation des conditions d'emploi que de qualité des services (Jetté, Aubry et Vaillancourt, 2005).

Il faut reconnaître que plusieurs EÉSAD ont été créées grâce à l'action de divers acteurs collectifs, issus principalement du mouvement des femmes ainsi que de groupes de personnes âgées. Les principales revendications de ces groupes concernaient la démocratisation de l'organisation de certains services à la population ainsi que la reconnaissance du travail des femmes. Ils attribuaient aux EÉSAD des objectifs tant économiques que sociaux en contribuant à l'amélioration de la qualité de vie des personnes, en diminuant les institutionnalisations des personnes ayant des incapacités ainsi qu'en permettant à des personnes peu qualifiées d'avoir accès à des emplois. On estime qu'en 2005, 76 000 personnes avaient fait appel aux EÉSAD qui elles avaient contribué à la création d'environ 6 000 emplois (Jetté, Aubry et Vaillancourt, 2005). Les regroupements des EÉSAD poursuivent des objectifs d'amélioration continue des services à la population (Girard, 2005e; REÉSADQ, 2007).

### **2.2.8 Services d'hébergements et d'habitation communautaire pour les aînés**

Dans les années 1960-1970, de nombreux documents de recherche et de rapports de commissions gouvernementales ont identifié les aînés comme groupe éprouvant des difficultés sur le plan résidentiel. Ces constats ont favorisé la mise en place de nombreuses politiques et mesures visant à assurer le logement, l'hébergement ainsi que la sécurité du revenu des personnes âgées. Cette période a également été marquée par une certaine institutionnalisation du logement et de l'hébergement des personnes âgées ainsi que par la professionnalisation voire même la médicalisation des leurs étant dédiés (Ducharme, Charpentier et Vaillancourt, 2006). C'est ainsi que le secteur public d'hébergement pour les aînés a connu son principal développement. Dans les années 1980, les politiques publiques s'orientent vers l'augmentation des services de maintien à domicile et le resserrement des critères d'admission dans les institutions publiques. En lieu et place du secteur public, c'est plutôt le secteur privé dans le domaine de l'habitation aux personnes âgées qui a progressé. Parmi les ressources privées ayant connu une telle croissance, on retrouve des établissements d'hébergement « privés conventionnés », « privés non conventionnés » et « privés sans permis » (Vaillancourt et Jetté, 1997).

Pour leur part, les projets d'OBNL et de coopératives d'habitations pour personnes âgées se sont développés entre 1965 et 1985, et ils relevaient majoritairement de la Société canadienne d'hypothèque et de logement (SCHL). La période pendant laquelle les OBNL d'habitation pour personnes âgées ont connu leur plus important développement se situe entre 1979 et 1985. Ayant le statut d'OBNL ou de coopérative, ces projets ont été réalisés principalement grâce au soutien financier des gouvernements provincial et fédéral, notamment par le biais de programmes à frais partagés visant la construction, la rénovation ou encore l'achat d'un bâtiment. Avant 1980, la majeure partie des projets d'habitation communautaire ont été mis sur pied par des acteurs locaux, provenant soit d'associations locales ou du mouvement des caisses populaires Desjardins. Après 1986, plusieurs projets développés par la Société d'habitation du Québec (SHQ) ont reçu le soutien des CLSC (Ducharme, Charpentier et Vaillancourt, 2006).

Les résidences pour personnes âgées issues du secteur de l'économie sociale comptent pour une bonne part de ce type de résidences au Québec. Parmi celles-ci, on retrouve des OBNL ainsi que des coopératives d'habitation. En 2004, on retrouvait environ 20 000 unités de logement dans des habitations communautaires pour les aînés, tandis que 66 000 unités provenaient de résidences privées à but lucratif et 35 000 d'habitations à loyer modique (HLM) publiques municipales. Parmi les 20 000 unités de logement issues de l'économie sociale, la majeure partie, soit 18 550

était composée d'OBNL, alors que seulement 1 300 représentaient des coopératives d'habitations ou des coopératives de solidarité. On retrouve ce type d'habitations communautaires dans toutes les régions du Québec, mais en proportions plus importantes dans les régions de Québec, de Montréal, de Laval et de la Montérégie. Ces résidences communautaires font partie des services de maintien à domicile et de soins de longue durée pour les personnes âgées. Ces types de services se distinguent de logements conventionnels, puisqu'ils sont spécialement conçus pour regrouper des personnes âgées. De plus, ils se distinguent également de l'hébergement plus lourd, comme les CHSLD, entre autres, parce que les aînés y choisissent habituellement leur logement et qu'un bail définit les conditions d'occupation. Pour ce qui est de l'hébergement des personnes âgées en grave perte d'autonomie, la *Loi sur la santé et les services sociaux* prévoit des établissements d'hébergements de soins de longue durée, les CHSLD. Ceux-ci comptent 40 000 places et peuvent être soit publics ou privés conventionnés, c'est-à-dire subventionnés (Ducharme, Charpentier et Vaillancourt, 2006).

Les différents projets d'habitations communautaires visent, pour la plupart, à répondre à une multitude de besoins et de demandes. Face à ces diverses demandes et besoins, certains organismes ont décidé d'offrir d'autres services, en plus de l'hébergement. Parmi ceux-ci, certains ont développé de nombreux services, s'apparentant presque à de petits CHSLD (présence d'infirmières, soins personnels, repas, transport, etc.), alors que d'autres s'en tiennent à des services de base, dont le logement, la conciergerie et un minimum de surveillance. Dans les OBNL et les coopératives offrant des services, ceux-ci sont dispensés soit par les organisations elles-mêmes ou par d'autres organismes communautaires du milieu (loisirs, centres communautaires, aide domestique, popotes roulantes) ou aux CLSC par des ententes de services. Les habitations communautaires pour aînés comptent souvent peu d'employés et ceux qui y travaillent occupent généralement des emplois précaires avec des conditions salariales généralement faibles. Les résidences de type OBNL ou coopératives peuvent déterminer tant leur mission que les populations à qui elles souhaitent offrir de l'hébergement. La majeure partie des habitations communautaires s'adressent à des personnes âgées relativement autonomes, mais d'autres, grâce à l'offre de services supplémentaires, peuvent répondre aux besoins de personnes en perte d'autonomie. Une étude menée en 2003 par le Réseau québécois des OBNL d'habitation (RQOH) montrait de parmi les services offerts, on retrouve le plus souvent un service de conciergerie (60 % des OBNL), puis un service d'alimentation (40 % des cas), un service de soutien communautaire (dans 30 % d'entre eux) et des services médicaux (12 % des cas) (Ducharme, Charpentier et Vaillancourt, 2006).

Les habitations communautaires pour aînés offrent habituellement l'accès à des logements de qualité à des prix abordables, ce qui représente sans contredit un important avantage pour ce type d'initiative. Les OBNL et les coopératives d'habitations pour personnes âgées comptent 75 % de femmes parmi leurs occupants. Les revenus de ces locataires sont habituellement faibles et leur moyenne d'âge est de 75 ans. Le financement des projets d'habitations communautaires provient de deux sources principales, soit les contributions des locataires (loyers) ainsi que des subventions directes ou indirectes octroyées par l'État (aide à la pierre ou aide à la personne). Occasionnellement, des contributions complémentaires proviennent des communautés, soit de fondations, de municipalités ou d'autres sources issues du milieu. Le financement des services complémentaires offerts aux résidents de ces habitations est habituellement assumé soit par les individus eux-mêmes, des organismes partenaires du milieu qui souhaitent supporter le projet,

des campagnes d'autofinancement ou encore des activités bénévoles (Ducharme, Charpentier et Vaillancourt, 2006).

### **2.2.9 Pharmacies sociales**

Les pharmacies sociales sont généralement gérées soit par des citoyens et citoyennes, des coopératives, des mutuelles ou encore des municipalités. Ce type de pharmacie entraîne un changement de rapports entre les acteurs : plutôt qu'un rapport fournisseur-client, l'utilisateur est plus impliqué dans la prise de décisions ainsi que dans le fonctionnement de la pharmacie (Girard, 2006a). On retrouve des pharmacies sociales dans divers pays européens, tels la Belgique, la France, l'Italie, les Pays-Bas, le Portugal, la Suisse et le Royaume-Uni (Comeau et Girard, 2005). Les premières pharmacies sociales ont été créées au 19<sup>e</sup> siècle afin de faciliter l'accès aux médicaments pour des citoyens et citoyennes marginalisés. La mise sur pied de ces entreprises collectives a d'abord été portée par les organisations syndicales ou les mouvements sociaux. Les premières initiatives dans ce domaine ont été réalisées par des mutuelles en Belgique. En Italie, ce sont des municipalités qui ont d'abord mis ce type de pharmacie sur pied, sous le nom de pharmacie communale. En Suisse, elles ont le statut de coopérative. Les pharmacies sociales sont organisées selon différentes modalités dans les différents pays. Elles constituent un joueur d'importance dans la distribution pharmaceutique en Belgique (11 % du marché) et en Italie (7,6 % du marché), alors qu'ailleurs leur contribution est plutôt marginale (Girard, 2006a).

On ne retrouve pas leur présence au Québec, car la loi réserve la propriété d'une pharmacie exclusivement aux pharmaciens. Le cadre actuel ne permet donc pas l'existence de pharmacies sociales, comme celles qu'on retrouve dans plusieurs pays européens. Pourtant, la présence des pharmacies sociales semble favoriser la vitalité de ce secteur ainsi qu'une saine concurrence. Un réseau de pharmacie sociale pourrait également stimuler davantage les activités de conseil et de prévention ainsi que de pharmacovigilance. Ces types de pharmacies issues de l'économie sociale pourraient aussi s'associer à des campagnes de sensibilisation sur la consommation de médicaments (Girard, 2006a).

Dans l'histoire de la desserte des soins de santé au Québec, on recense la présence d'une pharmacie populaire ouverte dans le centre-ville de Montréal en 1967, mais qui n'est pas une pharmacie sociale, au sens où on les retrouve dans les pays européens. Dans cette pharmacie les médicaments étaient vendus au prix coûtant avec un dollar de frais par prescription, afin de les rendre plus accessibles aux familles défavorisées. De plus, quelques cliniques communautaires ou populaires, mises en place dans les années 1960, principalement dans les quartiers défavorisés de Montréal, conservaient un dépôt de médicaments qu'ils offraient à faibles coûts aux usagers et usagères de la clinique (Boivin, 1988).

### 3. Les coopératives dans le domaine de la santé

Ce chapitre rappelle d'abord les origines et la nature des coopératives dans le domaine de la santé. Par la suite, les différentes formules coopératives dans ce domaine, soit les coopératives de consommateurs, de producteurs, de travailleurs, de travailleurs-actionnaires et de solidarité, sont expliquées. Puis, la dernière partie s'attarde aux divers types de coopératives actives dans ce secteur d'activité au Québec.

#### 3.1 Origine et nature des coopératives dans le domaine de la santé

Les premières coopératives ont fait leur apparition au Québec au début du 20<sup>e</sup> siècle dans les domaines agricole et financier. Les coopératives agricoles se sont développées suite au regroupement de petits producteurs qui souhaitaient maîtriser la marchandisation croissante de leurs activités. Fondées par Alphonse Desjardins, les premières caisses d'épargne et de crédit voulaient, pour leur part, faciliter l'accès au crédit que les banques refusaient et conserver l'épargne localement. Avec la crise économique des années 1930, le mouvement coopératif connaît un nouvel essor dans les secteurs de la consommation, des pêches et des forêts. Puis dans les années 1940, c'est au tour des secteurs scolaires, de l'habitation et de l'hydroélectricité de connaître un développement coopératif important. Ces différentes organisations développées durant la première moitié du 20<sup>e</sup> siècle, y compris les mutuelles, font partie de l'ancienne économie sociale et correspondent à la première génération québécoise d'économie sociale (D'amours, 2006). À partir des années 1970, les coopératives connaissent une autre phase d'expansion, dans des secteurs d'activités qu'elles avaient jusque-là peu investis. Ainsi se démarque la nouvelle économie sociale qui sera constituée de plusieurs types d'organisations : les clubs coopératifs de consommation, les coopératives funéraires, les coopératives d'habitation, les garderies coopératives, les coopératives amérindiennes et inuites, les coopératives de travailleurs, les coopératives de travailleurs actionnaires et, plus récemment, les coopératives de solidarité (D'Amours, 2006). Dans le domaine de la santé, certaines coopératives (coopératives ambulancières, coopératives de services à domicile) apparaissent à la fin des années 1980, puis d'autres au milieu des années 1990 (coopératives de services de santé) (Girard, 2005e).

Une coopérative combine association et entreprise dans une structure visant d'abord et avant tout la satisfaction des besoins de ses membres (CQCM, 2007). Le statut juridique de coopérative peut être accordé en vertu de la *Loi sur les coopératives*. Selon cette loi, « une coopérative est une personne morale regroupant des personnes ou sociétés qui ont des besoins économiques, sociaux ou culturels communs et qui, en vue de les satisfaire, s'associent pour exploiter une entreprise conformément aux règles d'action coopérative » (Gouvernement du Québec, 2007). Le Conseil québécois de la coopération et de la mutualité (CQCM) (2007) définit les principales caractéristiques d'une coopérative comme :

- « une association de personnes qui assument collectivement leurs responsabilités d'entrepreneurs ;
- une entreprise dont les copropriétaires sont les usagers et usagères ;

- une entreprise dont la finalité consiste à maximiser les divers avantages que les membres retirent, à la fois comme entrepreneurs, usagers, usagères, citoyens et citoyennes d'un milieu ;
- une entreprise qui utilise le capital sans en faire la mesure du pouvoir des membres ;
- une entreprise dont les règles garantissent aux membres l'égalité dans l'exercice du pouvoir et l'équité dans la répartition des contributions et le partage des résultats ;
- une entreprise qui favorise l'intercoopération pour développer ses affaires et contribuer au développement de son milieu ;
- une entreprise qui fait de l'éducation un de ses mécanismes de fonctionnement essentiel, notamment par le partage de la connaissance et de l'information ».

En plus de ces caractéristiques, les coopératives sont guidées par sept principes coopératifs reconnus internationalement. Ces principes représentent les lignes directrices qui facilitent la mise en pratique de leurs valeurs de base par les entreprises coopératives.

Les principes coopératifs sont les suivants :

- adhésion volontaire et ouverte à tous ;
- pouvoir démocratique exercé par les membres ;
- participation économique des membres ;
- autonomie et indépendance ;
- éducation, formation et information ;
- coopération entre les coopératives ;
- engagement envers la communauté (CQCM, 2007).

### **3.2 Les formules coopératives dans le domaine de la santé**

Au Québec, il existe quatre formules de coopératives qui se distinguent principalement par les caractéristiques de leurs membres, soit les coopératives de consommateurs, de producteurs, de solidarité et de travail. Ce sont les différents besoins auxquels les coopératives répondent, en fonction des secteurs d'activités où elles se retrouvent, qui ont conduit à la création de ces divers types de coopératives (CQCM, 2007).

Les coopératives de consommateurs répondent aux besoins de leurs membres d'avoir accès à des biens et des services pour leur usage personnel. Les coopératives de producteurs, pour leur part, permettent à des personnes et des entreprises de se regrouper, afin de se procurer, par le biais de leur coopérative, des biens et des services nécessaires à la pratique de leur profession ou au fonctionnement de leur entreprise. Les coopératives de travail, quant à elles, regroupent des membres qui sont à la fois propriétaires et employés. Ils doivent donc être prêts à faire face à une grande autonomie et à contrôler l'ensemble des activités. À travers la coopérative, les travailleurs et travailleuses prennent part à la gestion de l'entreprise, ce qui contribue à améliorer leur sens des affaires. Finalement, la coopérative de solidarité est la plus jeune des formules. Contrairement aux autres formes de coopératives, où les membres doivent appartenir à une même catégorie (consommateurs, producteurs ou travailleurs), avec cette forme, les travailleurs et travailleuses ainsi que les utilisateurs et utilisatrices ayant des intérêts en commun peuvent s'unir au sein de la même structure. Ce type de coopérative peut également compter des membres de soutien, soit des personnes ou des sociétés intéressées à supporter la coopérative. Elle doit



compter un minimum de deux catégories de membres, incluant les membres de soutien, pour exister. La coopérative de solidarité vise donc à satisfaire tant les besoins de ses membres utilisateurs et utilisatrices, que les aspirations de ses membres travailleurs et travailleuses ainsi que de regrouper différentes personnes ayant à cœur une même cause. (CQCM, 2007).

### 3.3 Les types de coopératives dans le domaine de la santé

Mis à part quelques cas isolés, le développement du mouvement coopératif dans le secteur de la santé a commencé à la fin des années 1980. Cela s'explique par le fait qu'à partir des années 1960, pratiquement la seule organisation qui était envisagée pour livrer les services de santé était l'établissement public, avec un financement pris en charge par l'État, bien que dans la réalité, on comptait des cliniques privées et quelques initiatives communautaires. Comme nous l'avons vu dans le premier chapitre, à partir des années 1980, le système de santé québécois et plus généralement, le modèle de l'État-providence est entré en crise, comme ce fut le cas dans de nombreux pays occidentaux. Il y a alors eu davantage d'ouverture pour de nouvelles initiatives coopératives telles que les coopératives ambulancières, les coopératives de services à domicile, les coopératives de services de santé et les regroupements d'achats entre établissements et professionnels de la santé (Girard, 2005e ; Girard, 2006a). Selon le CQCM, en 2007, il y avait 121 coopératives actives dans ce secteur, alors qu'en 2004 on en comptait que 75. Cette hausse est attribuable principalement au développement de cliniques coopératives de soins de santé ainsi qu'à celui du secteur de l'habitation coopérative avec services aux aînés (Brassard, 2007a).

Des documents de l'ONU proposent une typologie des coopératives reliées au domaine de la santé, selon qu'elles sont concernées plus ou moins directement par la santé. Le tableau 1 suivant issu de Comeau et Girard (1996) présente cette typologie.

**Tableau 1 : Typologie des coopératives dans le domaine de la santé d'après l'ONU**

<i>Coopératives de services de santé directement concernées par la santé</i>	Coopératives de santé offrant des services aux individus Pharmacies coopératives Coopératives offrant un support aux coopératives de santé
<i>Coopératives touchant des aspects de la santé</i>	Coopérative du secteur primaire Coopérative du secteur secondaire Coopératives du secteur tertiaire
<i>Coopératives pouvant apporter un support aux coopératives de santé</i>	Coopératives de services financiers Coopératives de consultants Coopératives fabriquant ou commercialisant du matériel
<i>Autres coopératives</i>	

Source : Comeau et Girard, 1996

### **3.3.1 Coopératives ambulancières**

Les premières coopératives de techniciens ambulanciers ont été mises sur pied à la fin des années 1980 à l'initiative de la Confédération des syndicats nationaux (CSN). Ces initiatives ont émergé essentiellement afin d'assurer des services de qualité à la population par la régulation de la concurrence entre les entrepreneurs privés dans le domaine, l'assainissement des relations de travail et l'amélioration des conditions de travail (Comeau, 1991 ; Girard, 2005e). En effet, à cette époque, différentes compagnies privées se partageaient l'offre de services ambulanciers au Québec. Ces compagnies n'avaient pas de territoire défini et se livraient concurrence pour une même clientèle. Cette situation a entraîné des incidents liés à des pratiques de concurrence déloyale. De plus, afin d'augmenter leur profit, certaines entreprises n'hésitaient pas à diminuer les services qu'elles offraient ou leur qualité. Cette situation entraîna, en 1986, un important conflit de travail dans une entreprise ambulancière située sur la Rive-Sud de Montréal. Parmi les revendications syndicales, on retrouve une demande d'étatisation des services ambulanciers. Cependant, après quelques débats, l'idée de la création d'une coopérative de travail est lancée. En 1987, une première coopérative ambulancière est fondée en Montérégie, suite au rachat par les techniciens des permis des entrepreneurs ambulanciers actifs dans la région. Ces actions entraîneront la création de la Coopérative des techniciens ambulanciers de la Mauricie (CTAM), qui débutera ses activités en 1988. Celle-ci fut créée par la volonté des techniciens ambulanciers de mieux contrôler leur travail et avec le soutien de la Coopérative de développement régional (CDR) de la Montérégie. D'autres coopératives ambulancières furent par la suite fondées dans diverses régions du Québec, dont la Coopérative des techniciens ambulanciers du Québec métropolitain (CTAQM) en 1989, la Coopérative des ambulanciers de la Mauricie (CAM) aussi en 1989, la Coopérative des techniciens ambulanciers de l'Outaouais (CTAO) toujours en 1989 ainsi que la Coopérative des techniciens ambulanciers de l'Est du Québec (CTAEQ) (Comeau, 1991 ; Comeau et Girard, 1996). Avec le statut de coopérative de travail, ces coopératives existent toujours dans les principaux centres urbains du Québec. Leur principale fonction est celle de livraison de soins de santé et elles sont rattachées par des contrats aux autorités sanitaires de la région (Girard, 2005e). En 2000, on comptait cinq coopératives de services ambulanciers au Québec et celles-ci étaient responsables de 40 % du marché du transport d'urgence au Québec (Comeau et Girard, 2000).

### **3.3.2 Coopératives de services à domicile**

Les coopératives de services à domicile (CSD) sont assez récentes. Elles se sont elles aussi développées à la fin des années 1980. La Coopérative de service à domicile de l'Estrie, première CSD au Québec, a vu le jour en 1989, grâce notamment à l'aide de retraités du Mouvement Desjardins. Deux autres coopératives ont ensuite vu le jour à Lévis ainsi qu'à Laval. Ces premières coopératives se sont développées avec un modèle de coopératives de consommateurs (Girard, 2005e). Ces coopératives et bien d'autres, en plus d'améliorer l'offre de services de qualité à des coûts abordables pour les personnes avec diverses limitations, ont contribué à l'amélioration de la qualité de vie et au maintien à domicile de personnes âgées qui auraient peut-être quitté la région sans l'accès à ces services. Le maintien des populations vieillissantes dans les régions et les communautés, grâce à l'accessibilité à des services, ainsi que la création d'emplois locaux que ces coopératives ont su créer contribue à maintenir la vitalité des communautés et régions du Québec. Ces entreprises ont également permis aux utilisateurs et utilisatrices,

membres de la coopérative, de prendre en main leur santé en participant aux décisions concernant les services, orientations et le développement de l'entreprise (Dugas, 2005).

En 2004, on retrouvait 44 CSD au Québec. Celles-ci comptaient 34 280 membres et contribuaient au maintien de 2 773 emplois (CQCM, 2007). Actuellement, selon la Fédération des coopératives de services à domicile du Québec (FCSDQ) (2007), il existe 47 CSD réparties dans différentes régions du Québec. La FCSDQ regroupe depuis plus de 10 ans la majeure partie des coopératives œuvrant dans ce secteur d'activité au Québec. En 1996, les cinq premières CSD décidèrent de s'unir pour fonder cette fédération. La mission de la FCSDQ est d'assurer la coordination et le développement d'un réseau de concertation entre ses membres, les CSD. Elle vise également à offrir des services répondant aux besoins de ses membres et qui leur permettront de réaliser leur mission avec efficacité et autonomie. Ses quatre mandats sont les suivants : regrouper, représenter, favoriser le réseautage et offrir des services (FCSDQ, 2007). Par ailleurs, certaines coopératives sont quant à elles membres du RÉESADQ, qui compte parmi ses membres principalement des EÉSAD ayant le statut d'OBNL, mais également des coopératives (Girard, 2005e).

Ces coopératives ont été mises sur pieds pour répondre aux besoins de personnes souhaitant obtenir des services de qualité aux meilleurs coûts et visent avant tout le maintien à domicile des personnes âgées ou en perte d'autonomie permanente ou temporaire (CQCM, 2007). Plusieurs cherchent notamment à répondre à des besoins non assumés dans le milieu, soit parce qu'ils ne sont pas pris en charge par le réseau public ou parce qu'ils ont été délaissés par celui-ci. Chaque coopérative de service à domicile offre des services différents et le panier de services de chaque membre est adapté à ses besoins. Les principaux services offerts sont soit des services d'aide domestique (entretien ménager léger ou lourd, préparation des repas, lessive, travaux saisonniers, approvisionnement et autres courses), des services d'assistance à la personne (aide au bain, lever et coucher, habillage, aide à l'alimentation), des services de soutien civique (accompagnement dans les sorties, aide pour remplir des formulaires) ainsi que du soutien à la famille et aux aidants naturels (gardiennage de jour, soir et nuit, service de répit) (FCSDQ, 2007). Ces entreprises peuvent revêtir le statut soit de coopérative de solidarité, de consommateurs ou de travail (CQCM, 2007).

Les coopératives de services à domicile se différencient des entreprises privées actives dans ce secteur par leur mission. Alors que l'entreprise privée vise, avant tout, à générer des profits investis dans l'entreprise ou versés au propriétaire, la coopérative, quant à elle, a d'abord pour finalité de satisfaire les besoins de ses membres, est de propriété collective et possède un mode de gestion démocratique. De plus si l'entreprise coopérative génère des surplus, ceux-ci seront soit réinvestis pour développer de nouveaux services ou retournés aux membres en fonction de leur degré d'utilisation de la coopérative (FCSDQ, 2007).

### **3.3.3 Coopératives d'habitation communautaire pour aînés**

Le développement des coopératives d'habitation communautaire pour aînés s'apparente à celui des services d'habitations communautaires pour aînés discutés dans la section 2.2.8 et dont font partie ces coopératives. Elles se sont donc également développées à partir des années 1980, dans le contexte de crise de l'État-providence. Dans les années 1965 à 1985, les projets de coopératives dans ce secteur ont été majoritairement développés par la SHCL, tout comme les

OBNL de ce secteur. Puis entre 1979 et 1985, le développement des coopératives d'habitation, à l'instar de celui des OBNL, s'est accentué, notamment grâce au soutien financier du gouvernement fédéral ou provincial. La suite de l'évolution du secteur des coopératives d'habitation communautaire s'est elle aussi apparentée à celle des OBNL du même secteur, quoique leur nombre soit moins important. En 2004, parmi les résidences communautaires pour aînés du Québec, qui comptent un total de 20 000 unités de logement, 1 300 représentent des coopératives d'habitations ou des coopératives de solidarité (Ducharme, Charpentier et Vaillancourt, 2006). Certains projets des coopératives de services de santé ou encore de coopératives des services à domicile ont allié leur action à celle de coopératives d'habitation communautaire. C'est le cas notamment à Saint-Étienne-des-Grès, où l'on retrouve, associé à la coopérative de santé Les Grès, une résidence pour aîné offrant 28 unités d'habitation. Du côté de Saint-Fabien-de-Panet, dans le Bas-Saint-Laurent, une entente de services a été conclue entre une coopérative d'habitation et une coopérative de services à domicile pour l'offre de services aux résidents (Girard, 2005b).

### **3.3.4 Coopératives d'approvisionnement**

Le premier regroupement d'achats sous forme de coopérative s'est développé en Mauricie au milieu des années 1980 sous le nom de Coopérative du service régional d'approvisionnement. Regroupant une soixantaine d'établissements de santé et de services sociaux de la région, cette coopérative entre en activité en 1989. La formation de ce regroupement entre les établissements de santé de la région leur permettait d'obtenir de meilleures conditions d'achat de leurs produits et services ainsi que certains avantages. Des établissements et des professionnels (opticiens, audioprothésistes, médecins, dentistes) d'autres régions ont ensuite suivi cet exemple et se sont eux aussi regroupés en coopératives (Comeau et Girard, 1996 ; Girard, 2005e).

### **3.3.5 Coopératives de services de santé**

Une coopérative de services de santé est une organisation ayant le statut juridique de coopérative et offrant des soins médicaux, de santé et de bien-être (Comeau et Girard, 1996). La première coopérative de santé au Québec a été fondée en 1944, dans le quartier Saint-Sauveur à Québec, par le Dr. Jacques Tremblay et un noyau de collaborateurs (dont certains provenant du Mouvement des caisses Desjardins) en tant que Coopérative de services de santé de Québec. Elle visait d'abord à procurer des services de santé à la classe ouvrière. L'adhésion était libre et ouverte à tous et la cotisation annuelle était fixée à 5 \$ en plus d'une cotisation mensuelle de 3 \$. Les membres pouvaient alors utiliser les services de santé dont ils avaient besoin sans autres paiements. Les principes à la base de la formation de cette coopérative sont : la pratique médicale au sein d'une équipe, la médecine préventive plutôt qu'uniquement curative, le paiement périodique de tous les membres (tant les malades, que les biens portants) et la gestion de la coopérative par contrôle démocratique. Deux ans plus tard, en 1946, la coopérative étend ses actions à l'ensemble du Québec et devient les Services de santé du Québec (SSQ). Elle offre alors une protection à ses membres couvrant les frais médicaux, chirurgicaux et hospitaliers. Puis en 1955, la coopérative modifie son statut pour celui de société de secours mutuel et concentre alors son action dans le domaine de l'assurance collective. Elle ajoute alors à son offre de services, l'assurance-vie et l'assurance-salaire. Une autre expérience de clinique coopérative de santé s'est déroulée avec la Clinique des citoyens de Saint-Jacques fondée en 1968 et transformée en clinique coopérative « médicale » d'usagers et usagères en 1970. Cependant, en 1986, tout

comme d'autres cliniques communautaires, la Clinique des citoyens de Saint-Jacques est intégrée au CLSC du Plateau-Mont-Royal. Cet exemple est discuté plus amplement dans la section 2.2.1 sur les cliniques communautaires de soins de santé (Comeau et Girard, 1996 ; Girard, 2006a).

Outre ces quelques expériences isolées de coopératives offrant des services de santé à des populations, le réel développement coopératif dans le secteur de la dispensation de soins et services de santé n'a débuté qu'au milieu des années 1995 avec la création de la Coopérative de services de santé Les-Grès, à Saint-Étienne-des-Grès dans la région de la Mauricie. Cette coopérative a été créée grâce à la mobilisation de la population de cette communauté de 3 800 habitants pour le maintien de services de santé de proximité, suite au départ à la retraite du médecin pratiquant dans la municipalité, et au soutien de la Caisse populaire. C'est le modèle de coopérative de consommateur qui a été retenu pour la création de cette dernière. Puis, d'autres communautés vivant des problèmes similaires d'accessibilité à des services de santé de première ligne s'intéressèrent au projet de Saint-Étienne-des-Grès (Girard, 2005e).

Les coopératives de services de santé ont connu un développement relativement stable au Québec à partir des années 1995, avec un boom en 2006 et 2007 (Girard, 2006a). Le tableau 2 présente les types de coopératives selon lesquelles ont été constituées les coopératives de services de santé québécoises. Le tableau 3 quant à lui présente l'évolution de la création des différentes coopératives de services de santé au Québec entre 1995 et 2006.

**Tableau 2 : Nombre de coopératives de services de santé au Québec selon le type de coopérative (1995-2006)**

Type de coopérative	Nombre de coopératives de services de santé
Coopérative de solidarité	16
Coopérative de consommateurs	2
Coopérative de producteurs	2
Coopérative de travailleurs	2
<b>Total</b>	<b>22</b>

*Source : Brassard, 2007a*

**Tableau 3 : Nombre de coopératives dans le domaine de la santé au Québec selon l'année de constitution (1995-2006)**

<b>Année de constitution</b>	<b>Nombre de coopératives de services de santé</b>
1995	1
1996	1
1997	0
1998	0
1999	3
2000	0
2001	1
2002	3
2003	2
2004	1
2005	2
2006	8
<b>Total</b>	<b>22</b>

*Source : Brassard, 2007a*

Il n'existe pas de modèle unique de coopérative de services de santé, chacune étant créée en fonction des particularités du milieu ainsi que des besoins locaux. Néanmoins, une des caractéristiques communes de ces organisations est la mise sur pied et l'offre de services hospitaliers et cliniques assurant la dispensation de soins de santé aux membres de la coopérative ainsi qu'à la population (Comeau et Girard, 1996). La majeure partie de ces coopératives ont été créées, afin de combler une pénurie locale de services de santé (dont l'absence d'un médecin à proximité). Comme aucune solution ne semblait venir, ni de l'État, ni des CLSC, ni des médecins, ni des grandes surfaces commerciales, les citoyens et citoyennes, avec divers alliés locaux ont mis sur pied un projet collectif. À l'exception du projet d'Aylmer, tous les autres se sont déroulés dans des petites communautés rurales et les projets ont été démarrés à partir de zéro (construction ou achat d'un bâtiment, location à des professionnels, recrutement de médecins et recrutement de membres, etc.). Dans le cas du projet d'Aylmer, il a pris place à Aylmer secteur urbain de la ville de Gatineau et s'est concrétisé suite à l'acquisition, par la coopérative, d'une clinique médicale, avec des médecins y pratiquant déjà (Girard, 2005d).

Ces coopératives sont formées de membres-citoyens et citoyennes qui s'unissent afin de répondre à des besoins liés à leurs conditions de vie ainsi que de s'assurer une desserte locale de services de santé. La majeure partie de ces cliniques offre l'accès à des médecins et, pour certaines, à d'autres professionnels de la santé ou de médecines douces (Girard, 2005d). Elles correspondent également à des partenariats entre des professionnels de la santé et des communautés afin de partager la responsabilité de l'offre de services de santé de première ligne. Dans la majeure partie de ces projets, les membres, usagers et usagères, travailleurs et travailleuses, sont impliqués tant dans la prise de décision, dans le contrôle des orientations que dans la gestion de la coopérative

(Brassard, 2007a). Ces coopératives basent leur fonctionnement sur les principes coopératifs, l'engagement pour la santé globale, la prévention et la qualité des soins (Comeau et Girard, 2000). Elles se distinguent également par l'expression des valeurs suivantes : la réponse aux besoins de santé par les activités économiques, la participation démocratique, le développement humain, la responsabilité sociale ainsi que l'inter-coopération aux plans national et international (Comeau et Girard, 1996). La majeure partie des coopératives de services de santé ont le statut de coopératives de solidarité, quelques-unes celui de coopératives de consommateurs et d'autres de coopératives de travailleurs. Elles revêtent une fonction d'offre de ressources et d'infrastructures, en fournissant un lieu et des conditions de pratique à des professionnels qui peuvent alors être incités à s'installer dans certaines localités (Comeau et Girard, 2005). Ces coopératives louent ou offrent des locaux à des médecins, qui sont toujours rémunérés par la RAMQ, ainsi qu'à d'autres professionnels de la santé (physiothérapeute, ergothérapeute, psychologue, etc.) et parfois à des professionnels de médecines douces (Brassard, 2007a).

Souvent, la direction administrative de la coopérative est assurée par le conseil d'administration, formé de membres de la coopérative. Celui-ci s'occupe alors de la gestion des affaires courantes de la clinique (facturation médicale, comptabilité, gestion du personnel, gestion des stocks, relation avec les locataires, etc.), de la gestion des infrastructures et des équipements, des relations de la coopérative avec les autorités locales et régionales de la santé et de la municipalité. La direction médicale est, quant à elle, occupée, la majeure partie du temps, par les médecins de la coopérative (horaires de travail, distribution des tâches entre les médecins, règles de procédure de la clinique, supervision du travail infirmier et des préposés, etc.). Cette distinction entre ces deux types de direction permet aux médecins de mieux se consacrer aux soins aux patients (Gélinas, 2007). Souvent, ce sont les résidents d'une localité qui se regroupent sous la formule coopérative afin de mobiliser diverses ressources (financières, matérielles et humaines) facilitant la présence de professionnels dans leur localité. La caisse populaire ainsi que la municipalité sont souvent des alliées-clés pour le démarrage de tels projets. Ces organisations peuvent apporter un soutien financier et humain, mais également une expertise, du réseautage ainsi que des possibilités de mobilisation d'acteurs (Comeau et Girard, 2005; Girard, 2005d).

La Coopérative de services de santé Les Grès a été fondée en 1995 dans la municipalité de Saint-Étienne-des-Grès, située à mi-chemin entre les villes de Trois-Rivières et de Shawinigan. Elle est la première à s'être développée sous le modèle des nouvelles coopératives de services de santé au Québec. Au début des années 1990, le médecin du village prend sa retraite, laissant la population locale devant un manque d'accessibilité à des services de santé locaux. Les citoyens et citoyennes de la petite communauté de 3 800 habitants se mobilisent alors et une pétition de 1 000 noms est remise au maire du village. La municipalité avec l'aide de la caisse populaire locale tente d'attirer des médecins pour venir pratiquer dans la communauté, mais le manque d'infrastructures les décourage. Toujours avec le soutien de la municipalité et de la caisse populaire, on décide de mettre sur pied une coopérative afin de doter la municipalité des infrastructures nécessaires pour accueillir des médecins. En février 1995, la Coop-santé Les Grès est donc fondée sous forme de coopérative de consommateurs et les membres peuvent y souscrire en acquérant une part sociale de 50 \$. La coopérative ouvre ses portes en décembre 2005, suite à la construction du bâtiment qui allait l'abriter et à la location de ses locaux à cinq professionnels de la santé. La caisse populaire a été un acteur-clé dans le développement de ce projet, notamment par les nombreuses ressources (financières, humaines, matérielles) qu'elle a investies dans la réalisation du projet et les connaissances (expérience, savoir technique et financier, réseau de connaissances et de

contacts) qu'elle a fournies. Puis en 1999, la coopérative met sur pied une fondation dont la mission principale consiste à venir en aide aux membres ayant des revenus faibles ou modestes afin de couvrir le coût de prestation et de matériel non assuré par le régime public de santé. En 2003, la coopérative transforme son statut de coopérative de consommateurs pour celui de coopérative de solidarité. En 2006, elle compte 3 300 membres et offre les services de sept médecins, d'une psychologue, d'un dentiste, d'un optométriste, d'un pharmacien, de physiothérapeutes, d'une technicienne de laboratoire responsable des prises de sang ainsi que de divers professionnels de médecine douce (Girard, 2006a).

La coopérative de solidarité santé de Sainte-Thècle est également parmi les premières à avoir vu le jour au Québec, son cas ressemblant beaucoup à celui de la coopérative de Saint-Étienne-des-Grès. En 2002, suite au départ des deux derniers médecins en place, un comité provisoire, composé de citoyens et citoyennes ainsi que de responsables de la municipalité, est chargé d'évaluer les possibilités de mettre en place une coopérative de services de santé. Quelque temps plus tard, le comité provisoire invite toute la population à une soirée d'information sur le projet. Sur l'invitation envoyée à tous les citoyens et citoyennes, on pouvait lire : « Vous voulez un médecin ? Présentez-vous mercredi soir à sept heures à la salle municipale de Sainte-Thècle » (Vallée, 2007). Plus de 425 personnes se sont présentées à cette soirée d'information et deux semaines plus tard, lors de l'Assemblée de fondation, environ 300 personnes sont devenues membres de la coopérative. La municipalité met alors à la disposition de la coopérative un édifice et la caisse populaire locale apporte un soutien financier. Des finissants en médecine sont ensuite recrutés, dans les différentes facultés de médecine, en plus d'un médecin déjà en pratique. En 2007, trois médecins pratiquaient à la coopérative et l'ajout de services complémentaires d'une dentiste et d'une optométriste est prévu (Girard, 2006a ; Vallée, 2007).

Parmi les premières coopératives de services de santé à s'être développées au Québec, on retrouve également la Coop santé Aylmer. La particularité de cette dernière est que, contrairement aux autres coopératives de services de santé majoritairement localisés en milieu rural, cette dernière est située en milieu urbain dans le secteur Aylmer de la ville de Gatineau en Outaouais. Elle constitue également un projet différent des deux derniers, puisque la coopérative a pu démarrer suite au rachat d'une clinique médicale existante. Ce projet a débuté en 2001, suite à la détérioration des soins et services de santé du secteur Aylmer de la ville de Gatineau ainsi qu'aux menaces du départ de médecins et de fermeture de cliniques médicales. Une quarantaine de personnes, incluant des citoyens et citoyennes ainsi que des médecins, se réunissent alors et l'idée de mettre sur pied une coopérative de solidarité émerge comme solution. En 2002, une cinquantaine de membres fondent le projet de coopérative. La décision d'acheter une clinique médicale existante, afin de démarrer les activités de la coopérative, est ensuite prise. En 2003, les activités de la coopérative peuvent démarrer suite à l'achat de la clinique médicale Aylmer-Lucerne. Les médecins pratiquant dans cette clinique demeurent associés au projet, de coopérative. En 2007, la coopérative comptait 7 000 membres et les services de huit omnipraticiens, avec et sans rendez-vous, y étaient offerts. Des services complémentaires, tels que soins infirmiers, physiothérapie, soins de pied, électrocardiogramme, prélèvements sanguins et nutritionniste y sont également offerts ainsi que des consultations avec des médecins spécialistes en gastro-entérologie, chirurgie, médecine interne et rhumatologie. La coopérative loue également des locaux à divers professionnels, tels que pharmacie, clinique d'audiologie, psychologue et dentiste. La Coop-santé Aylmer a également mis en place des projets de prévention s'adressant à des groupes de la population de la région. Parmi ces projets, on retrouve



une clinique de santé de la femme (PAP test), un projet sur les habitudes alimentaires et la maladie chronique, des ateliers de sensibilisation sur la prévention du cancer et du diabète ainsi que des projets s'adressant à différentes communautés culturelles et aux immigrants de la région (Girard, 2005d ; Girard, 2006a ; Benoit, 2007 ; Brassard, 2007a).

À Saint-Camille, petite municipalité de 440 habitants, dans la région de l'Estrie, un projet de coopérative, mis sur pied en 2000, se distingue lui aussi de ceux qui viennent d'être présentés. La particularité de La Corvée, Coop de solidarité en soins et services de Saint-Camille est qu'elle offre l'accès à des professionnels de médecines douces. On retrouve sur place : ostéopathe, spécialiste en soins des pieds, massothérapeute, orthothérapeute et acupuncteur. Des séances d'activité physique, de jeux de groupe et des activités de relaxation sont également offertes. Les membres de la coopérative obtiennent des rabais sur les services dispensés par ces professionnels. Cette initiative s'inscrit dans le cadre du développement de plusieurs coopératives à Saint-Camille à partir des années 1990, dans divers secteurs d'activités, dont une coopérative d'habitation communautaire pour les aînés (Girard, 2006a). En effet, en complémentarité avec cette coopérative de soins de santé, La Corvée a également mis sur pied une coopérative d'habitation pour personnes âgées. Les actions et l'association de ces deux coopératives ont permis à plusieurs personnes âgées de demeurer dans la communauté tout en ayant accès à des soins et services de santé. Des jardins communautaires, une cuisine collective et un lieu de rencontre pour la communauté ont également été ajoutés au projet (Venne et Lemay, 2005).

Un autre projet de coopérative, unique en son genre, est celui du regroupement de professionnels de la santé sous la forme d'une coopérative de producteurs, dans le quartier Saint-Roch de la ville de Québec. La Maison de la santé a été fondée en 2003, à l'initiative d'un médecin et regroupe actuellement différents professionnels de médecines douces, tels : naturopathes, psychologues, ostéopathes, acupuncteurs, kinésithérapeutes et massothérapeutes. Des cours de naturopathie, de yoga, de tai-chi et de cuisine santé y sont également offerts (Girard, 2006a ; Maison de la santé, 2007).

## **4. Les mutuelles dans le domaine de la santé**

Cette section présentera d'abord les origines et la nature des mutuelles dans le domaine de la santé au Québec. Différents exemples de mutuelles actives dans ce domaine, principalement associées à la prestation de services d'assurances liées à la santé, seront ensuite abordés.

### **4.1 Origine et nature des mutuelles dans le domaine de la santé**

Les mutuelles forment au Québec, avec les coopératives financières et les grandes coopératives agricoles, la première génération d'entreprises d'économie sociale que certains auteurs nomment ancienne économie sociale (Vailancourt et Favreau, 2000; Vaillancourt et Tremblay, 2001 ; D'Amours, 2006). Les origines des mutuelles québécoises remonteraient à 1789, alors qu'une première société de secours mutuel est fondée, quelques sociétés de secours mutuel naissent ensuite dans le milieu ouvrier. Cependant, malgré quelques exceptions, le mouvement mutualiste ne prendra réellement son envol au Québec qu'autour des années 1850, alors que sont fondées des sociétés de secours mutuel dans les milieux de la construction de Québec et de Montréal (Petiteclerc, 2007). La première loi permettant la création de compagnies mutuelles n'a été adoptée par le gouvernement qu'en 1835, sous la pression de groupes populaires, celle-ci a permis la création des premières compagnies d'assurances mutuelles contre le feu. Au milieu du 19<sup>e</sup> siècle, des personnes ont donc commencé à se regrouper en sociétés mutuelles ou d'assistance-secours, afin de se donner accès à des services et protections (assurance-incendie, assurance-vie) qui soit n'existaient pas ou dont les coûts étaient trop élevés (CQCM, 2007). Les sociétés de secours mutuel avaient des objectifs de solidarité et de modification des rapports sociaux qui avaient une grande influence sur les services aux membres, la démocratie associative et l'administration des affaires. Cependant, avec les années, les mutuelles se sont rapprochées de plus en plus des façons de faire des compagnies d'assurances, avec le développement de la logique assurantielle dans les sociétés de secours mutuelles à partir de la fin du 19<sup>e</sup> siècle. « En substituant à la discipline collective interne qui était à la base de l'entraide mutualiste un rapport contractuel entre l'assuré et l'administration centrale, la technologie assurantielle transformait radicalement la logique des rapports sociaux qui caractérisent la mutualité pure » (Petiteclerc 2007 : 217). En 1946, le Québec comptait 327 mutuelles. Cependant, à travers les années, le Québec a connu un important mouvement de démutualisation et en 2004, on n'y comptait plus que 39 sociétés mutuelles. Ces dernières comptaient en 2004 1 166 969 assurés et procuraient 4 487 emplois (CQCM, 2007). La principale fonction assumée par les mutuelles est celle du financement de la couverture de risques (Comeau et Girard, 2005).

### **4.2 Les mutuelles dans le domaine de la santé au Québec**

Une des premières mutuelles qui a été formée au Québec dans le domaine de la santé est la SSQ. D'abord créée en 1944 comme une coopérative de santé, statut modifié en 1955 pour celui de société de secours mutuel, l'entreprise collective prendra, en 1974, suite à l'instauration de l'assurance-maladie, le statut de mutuelle d'assurance sur la vie (Girard, 2006a). Les mutuelles dans le domaine de la santé agissent principalement en offrant une couverture d'assurance pour des soins et services de santé non couverts ou couverts partiellement par le système public. Les principales mutuelles québécoises en activité aujourd'hui sont : la SSQ Groupe financier, la Mutuelle des fonctionnaires du Québec et Groupe Promutuel.

La SSQ Groupe financier est une des principales mutuelles actives dans le domaine de la santé au Québec. Dans les années 1940, un médecin, le Dr. Jacques Tremblay, dénonce le fait que la population ouvrière québécoise n'a pas les moyens de se payer des soins de santé adéquats. Il dénonce également le décalage qui semble exister entre les progrès de la médecine et la situation de santé des populations. La logique de concurrence propre à l'offre privée de services de santé semble apporter une double problématique : les médecins manquent de patients, alors que les travailleurs et travailleuses n'ont pas les moyens de se payer les services d'un médecin. Il promeut donc à partir des années 1940, tant dans des articles que par des conférences, l'approche coopérative qui, au premier abord, peut sembler assumer les mêmes fonctions en la matière que l'assurance privée, mais qui remplace la logique du profit par celle de la collaboration. À cette époque, la menace de l'établissement prochain au Québec de la Croix bleue, entreprise d'assurance-santé américaine alors bien implantée aux États-Unis, pousse également le médecin Jacques Tremblay à mettre sur pied son projet de coopérative. Face à ces différents écueils, la Coopérative de services de santé de Québec est fondée en 1944 dans le quartier Saint-Sauveur à Québec. Les principes définissant le fonctionnement de l'organisme sont alors : la pratique médicale par équipes, la médecine préventive, le paiement périodique et le contrôle démocratique. Les membres du conseil d'administration s'occupent alors de la gestion administrative et du recrutement des membres, alors que les médecins sont chargés de l'administration du service médical. Le montant de parts sociales pour adhérer à la coopérative est alors fixé à 25 \$ et le montant de cotisation hebdomadaire à 0,60 \$. Pour les visites du médecin à domicile, on demande 0,25 \$ à 0,50 \$ de frais. La prévention représente alors la base des services offerts aux membres de la coopérative, en cohérence avec sa devise : « Mieux vaut prévenir que guérir ». En 1945, l'entreprise deviendra les Services de santé du Québec (origine du sigle SSQ), afin d'étendre son rayonnement face à la menace d'implantation prochaine de la Croix bleue au Québec. En 1946, la coopérative débute ses activités dans le secteur de l'assurance, couvrant en plus des frais médicaux, les frais hospitaliers et chirurgicaux, et étend son action à l'ensemble du Québec. En plus de la Croix bleue, la SSQ devait également faire face à d'autres entreprises offrant des régimes d'assurance complets (comprenant des protections contre les accidents et la maladie) et établis depuis de nombreuses années, telles la Sun Life, la Metropolitan Life, la Great West, etc. Devant cette importante concurrence, deux principes particularisent le fonctionnement de l'entreprise, soit le service avant toute chose, par l'offre d'un bon service et la satisfaction des besoins des membres de la coopérative, ainsi que la rentabilité financière de l'entreprise (Ouellet et Vallières, 1988 ; Comeau et Girard, 2005 ; SSQ, Groupe financier, 2007).

En 1955, devant l'éventuelle possibilité de prise en charge par l'État d'une partie de la couverture des soins et services de santé, notamment par le biais de l'instauration d'un régime d'assurance-hospitalisation ainsi que d'un régime d'assurance-maladie public, qui feraient perdre à la SSQ une importante part de ses activités, cette dernière décide de diversifier ses activités. En 1956, la Loi 153 fait de la SSQ une société de secours mutuel, au sens de la *Loi des assurances du Québec*, ce qui lui permet d'offrir des régimes d'assurance complets (assurance contre les accidents, l'invalidité, les maladies et tout autre risque de la vie, en plus de couvertures d'assurances-vie et d'indemnisation des frais hospitaliers, médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques), tout en demeurant une entreprise démocratique et en concentrant ses activités dans le secteur de l'assurance collective. La collaboration des syndicats avec l'entreprise l'aide également à progresser et à se développer. Avec la venue de l'assurance-hospitalisation, la SSQ

doit s'adapter ; elle s'oriente alors vers la couverture de services de santé complémentaires, non assumés par le nouveau régime public. Puis vers la fin des années 1960, en pleine croissance et devant la possibilité prochaine d'instauration du régime d'assurance-maladie au Québec, l'entreprise diversifie encore ses produits en ajoutant des couvertures pour les soins dentaires, les soins d'optométrie, les soins chiropratiques et une assurance-médicaments. En 1970, suite à l'instauration du régime d'assurance-maladie public, l'entreprise se repositionne une fois de plus vers la couverture de services non pris en charge par l'assurance publique. Avec l'augmentation de l'intervention gouvernementale dans le domaine de la santé, la dénomination des Services de santé du Québec apporte une certaine confusion. En 1974, la *Loi sur les assurances* entraîne donc une nouvelle modification du statut de l'entreprise collective qui devient une mutuelle d'assurance sur la vie, La Mutuelle SSQ. En 1991, la mutuelle est scindée en deux entités, soit « SSQ, Mutuelle de gestion » et « SSQ, Société d'assurance vie inc. » (SSQ vie). Puis, en 1992, la SSQ vit une crise financière importante, mais le Fonds de solidarité de la FTQ devient alors son principal actionnaire et elle se relève rapidement de cette crise. En 1997, la création du régime mixte public/privé d'assurance-médicaments représente un important défi auquel la SSQ doit s'adapter. En 2001, SSQ se définit alors comme un important groupe financier et adopte l'appellation « SSQ, Groupe financier ». L'entreprise offre alors de nombreux services d'assurances dans différents domaines. Dans le domaine de la santé, ses principaux produits sont l'assurance maladie, l'assurance-soins dentaires, l'assurance vie et l'assurance-soins de longue durée. En 2005, SSQ employait environ 1 000 personnes et générait 2 milliards d'actifs (Ouellet et Vallières, 1988 ; Comeau et Girard, 2005; SSQ, Groupe financier, 2007).

La Capitale mutuelle de l'administration publique est également une des plus importantes mutuelles québécoises. Fondée en 1940 comme la Mutuelle des employés civils, société de secours mutuel par des membres de l'Association des employés civils. Ces derniers souhaitaient se doter d'une structure qui leur permettrait de protéger les membres de la famille des employés de l'État face aux risques de la vie. En 1976, la première filiale, la Capitale assurance générale, est ouverte. Puis en 1991, la mutuelle est scindée en deux entités juridiques distinctes : « la Capitale mutuelle de l'administration publique » et « la Capitale assureur de l'administration publique ». La Capitale offre de nombreux services d'assurances dans différents secteurs. Elle offre également différents plans d'assurance vie ainsi que des assurances en santé, comprenant soit des assurances maladie, assurances soins de longue durée et assurances accident (La Capitale groupe financier, 2007). En 2005, La mutuelle des fonctionnaires du Québec possédait 9 filiales et employait 1742 personnes (Comeau et Girard, 2005).

Groupe Promutuel, autre mutuelle d'importance au Québec, existe depuis plus de 150 ans et regroupe 34 sociétés mutuelles québécoises. Cette société est le principal assureur des agriculteurs québécois ainsi que le 4<sup>e</sup> plus important assureur en dommages au Québec. Elle compte plus de 550 000 membres et plus de 1 800 employés, principalement en région (75 %). Elle offre une gamme variée d'assurances et de services financiers, dont des assurances-santé. Dans le secteur de la santé, les principales couvertures offertes par Promutuel sont l'assurance invalidité, l'assurance maladie grave ainsi que l'assurance soins de longue durée. Elle offre également des assurances vie (Groupe Promutuel, 2007).

## 5. Enjeux de la présence de l'économie sociale dans le domaine de la santé

Un enjeu représente ce qui peut être perdu ou gagné par différents acteurs dans une situation donnée. Ces acteurs peuvent avoir divers intérêts, qu'ils soient économiques, idéologiques, personnels ou politiques, et l'analyse de ces intérêts révèle ce qui est disputé, ce qui risque d'être obtenu ou non par ces acteurs dans cette situation. Une autre manière de comprendre un enjeu est la suivante : c'est ce qui fait l'objet de conflit ou d'alliance entre les acteurs. L'exploration faite précédemment de la situation du système de santé québécois et des organisations d'économie sociale présentes dans le domaine de la santé au Québec sert de base à la réflexion qui suit. Six enjeux principaux liés à la présence de l'économie sociale dans le domaine de la santé ressortent de notre analyse : la conception de la santé, les fonctions assumées par l'État, l'équité d'accès aux soins et services de santé, le type de gouvernance, la place du privé et la capacité d'innovation sociale dans le domaine de la santé.

### 5.1 La conception de la santé

La conception de la santé, sous-jacente à l'organisation du système de services et de soins de santé, représente un des enjeux les plus généraux associés à la présence de l'économie sociale dans le domaine de la santé. Selon l'OMS, la santé est plus que seulement l'absence de maladie ; c'est un état de bien-être complet, tant physique, moral que social. De plus, selon le rapport du Forum national sur la santé, *La santé au Canada : un héritage à faire fructifier*, publié en 1997, la santé n'est pas seulement limitée à l'offre de soins. Les revenus, la scolarité, le rang social, le réseau de soutien d'une personne ainsi que l'estime de soi sont autant de déterminants qui ont une influence sur la santé d'une personne. L'accès à des soins est donc important pour assurer une bonne santé des personnes, mais il n'est pas le seul facteur ; les bonnes habitudes de vie, l'environnement, une saine alimentation ainsi que le sentiment d'avoir une certaine emprise sur sa vie sont également essentiels au maintien d'une bonne santé (Desmarais, 2006).

Les observations faites sur certaines initiatives d'économie sociale dans le domaine de la santé montrent que plusieurs d'entre elles adoptent une vision plus large et plus globale de la santé que la seule consultation médicale ou la simple réception d'un service de santé. On sait que des critiques virulentes ont été adressées au système de santé sur au moins deux plans : le mode providentiel de livraison des services qui met les usagers et usagères du système de santé en situation de consommateurs passifs de soins et de services, et la dépossession des personnes de leur propre santé par la médecine, qui se caractérise comme un système dont les incidences contre-productives se manifestent sur les plans économique, social et culturel (Illich, 1975). Lorsqu'il est question de la présence de l'économie sociale dans le domaine de la santé, c'est notamment la façon d'envisager la santé qui est en cause.

La conception élargie de la santé ressort de plusieurs actions et pratiques menées par les initiatives de l'économie sociale. Par exemple à Saint-Étienne-des-Grès, les initiateurs du projet de coopérative de services de santé ont également mis sur pied une résidence pour personnes âgées. D'autres projets alliant soins de santé traditionnels (médecin, physiothérapeute, dentiste, etc.) et services de médecine alternative (massothérapeute, ostéopathe, naturopathe, etc.) ont également été mis sur pied. Ces types de collaboration entre différents projets issus de l'économie sociale permettent une synergie ainsi qu'une mobilisation de divers acteurs autour des conditions

de santé qui dépassent les soins médicaux. Les regroupements de différents types d'organismes œuvrant dans le même secteur donnent également un poids plus important à ces initiatives (Girard, 2006a).

D'autres exemples montrent que les initiatives d'économie sociale proposent de développer les volets de la prévention et de la promotion de la santé, en plus d'agir sur divers déterminants de la santé. Ainsi, ces volets sont clairement inscrits dans la mission de la « Coop santé de l'Université de Sherbrooke, coopérative de solidarité » qui a été officiellement constituée le 9 juillet 2007 (Béchar, 2007). Dans cette optique, ce type d'initiative reconnaît que le maintien d'une bonne santé dépend de divers déterminants de la santé touchant les habitudes de vie ainsi que les conditions socio-économiques. Le champ d'intervention des entreprises d'économie sociale dans le domaine de la santé s'avère donc souvent plus large que l'unique dispense de services de santé. Pour cela, ces entreprises favorisent l'éducation à la santé ainsi que la participation des citoyens et citoyennes à la prise en charge de leur propre santé (Comeau et Girard, 1996).

Ainsi, le débat public sur la place de l'économie sociale dans le domaine de la santé porte également sur la représentation que l'on se fait de la santé. Un des principaux défis qui se pose aux initiatives d'économie sociale dans le domaine de la santé, notamment pour les coopératives de services de santé, est d'adopter et de mettre en pratique cette vision large et globale de la santé. De plus, les initiatives de l'économie sociale pourront d'autant mieux justifier leur pertinence si elles peuvent relever le défi de transformer le rapport de consommation dans les services de santé. Il s'agit pour elles de faire passer les usagers et usagères de simples consommateurs de services offerts, à des citoyens et citoyennes engagés dans la prise en charge de leur santé et impliqués dans les décisions entourant la desserte des soins et services de santé (Brassard, 2007a).

## **5.2 Les fonctions assumées par l'État**

Dans les années 1960 et 1970, avec l'instauration du régime d'assurance-maladie et faisant suite aux recommandations de la Commission Castonguay-Nepveu, l'État québécois s'est impliqué massivement dans divers volets du système de santé québécois. Le rôle et la place qu'il occupait alors lui conféraient des fonctions dans la majeure partie des volets du système de santé, soit autant dans la prestation des services, dans la gestion des infrastructures et des ressources, dans la régulation et la réglementation des services ainsi que dans leur financement. C'est ainsi que le système de santé québécois et la prestation de services ont été grandement transformés. La mise en place du réseau public d'établissements de soins de santé et l'assurance-maladie ont permis à tous les citoyens et citoyennes du Québec d'avoir accès gratuitement à toute une série de services et de soins de santé couverts par ce nouveau régime. Cependant, avec la difficile conjoncture économique du début des années 1980 et du début des années 1990, dans le contexte de crise fiscale de l'État-providence, l'État prétend ne plus avoir les moyens d'assumer toutes les fonctions qu'il voulait assumer et qu'on lui imputait à l'origine du régime public, universel et gratuit. Le souci de freiner les coûts de la santé pour l'État a constitué le motif central de bon nombre de décisions. Il a cherché à limiter ses fonctions dans le domaine de la santé, et à cesser d'entreprendre et de développer de nouveaux services dans ce domaine.

Alors que les CLSC devaient à l'origine devenir la porte d'entrée du système de santé et offrir l'essentiel des services de première ligne nécessaires, cette ambition ne sera jamais atteinte.

Rétrospectivement, on constate que des choix ont été faits au cours des années 1990, et que l'État a laissé de plus en plus de place dans la prestation de services au secteur privé à but lucratif, aux ressources communautaires ainsi qu'au milieu familial. Vaillancourt (1996) a nommé ces transferts de responsabilités de l'État vers ces agents de la manière suivante. On assiste à des phénomènes de privatisation dans la dispensation des services, lorsque la responsabilité de ceux-ci est attribuée aux entreprises du secteur privé à but lucratif, autrement dit, au marché. Lorsque la prestation de certains services est transférée à des organisations de la société civile, soit des organisations communautaires et d'économie sociale, on parle plutôt de communautarisation. Pour ce qui est de la familialisation, on la désigne ainsi lorsque l'État se retire de certains services et activités, et que la responsabilité principale revient aux familles et aux aidants naturels (Comeau et Girard, 2000).

Ces transferts et le fait que les nouveaux développements de services pris en charge par l'État ont été limités, ont grandement transformé la place occupée par l'État au cours des dernières années, en particulier sur la livraison des services. De plus, à partir du milieu des années 1990, les réformes du système de santé québécois ont mis de l'avant des pratiques de désinstitutionnalisation et de non-institutionnalisation dans une optique de mise en œuvre du « virage ambulatoire ». Il est aujourd'hui de plus en plus fréquent de recevoir des soins, des traitements ainsi que des services en clinique externe ou à domicile. Le système de santé québécois est donc passé d'un mode de prise en charge par les établissements publics à une plus grande prise en charge par la communauté, notamment par le biais de l'augmentation du soutien et des traitements dans le milieu de vie. De pair avec ces phénomènes, le nombre des lits hospitaliers a diminué de 30 % entre 1990 et 2004, les hospitalisations de courte durée ainsi que la durée des séjours hospitaliers ont également été grandement réduits. En parallèle, les chirurgies d'un jour, les services ambulatoires ainsi que les services à domicile ont connu un important développement dans les dernières années (Anctil et Juhel, 2004). Ces transferts n'ont cependant pas résolu les problèmes entourant l'offre de services et de soins de santé au Québec : un nombre croissant de ménages ne disposent pas d'un médecin de famille ; des problèmes récurrents d'accès aux services sont présents dans certaines régions et communautés ; une tendance à la surmédicalisation de la pratique est présente ; la consommation et les coûts des médicaments ont connu une croissance exponentielle ; les cliniques ont connu une importante diminution de leur nombre ainsi que de leur accessibilité ; les CLSC sont également moins nombreux, en plus d'être intégrés dans les nouveaux CSSS (Girard, 2006b).

Sur le plan de la gestion des ressources et des infrastructures, les situations s'apparentent aux tendances observées en matière de prestation des services. Jusqu'à tout récemment, la majeure partie des établissements du réseau de la santé et des services sociaux appartenait au secteur public. Cependant, à partir des années 1990, la tendance a été pour l'État de confier à d'autres la propriété des institutions existantes, la mise en place de nouvelles infrastructures ainsi que dans la gestion de ressources matérielles. Au cours des dernières années, de plus en plus de ressources et d'infrastructures ont donc été prises en charge par des organisations du secteur marchand et de la société civile (Comeau et Girard, 2000).

Du côté de la régulation et de la réglementation des services, c'est l'État qui occupe la place centrale, notamment en matière de définition des principales règles et normes du système ainsi que de leur application. Parmi les nombreuses règles régissant le fonctionnement du système de santé québécois, la majeure partie des professionnels de la santé doivent se conformer à des codes

de conduites établis par leurs ordres professionnels, chargés de protéger le public et pratiquer en fonction des actes qui sont réservés à leur profession. Le gouvernement du Québec doit également se conformer à des règles, apparaissant aujourd'hui fondamentales, telles que le droit pour les citoyens et citoyennes d'avoir accès à des services et des soins de santé, inscrites dans la *Loi sur la santé et les services sociaux*. De fait, les règles les plus importantes qui s'appliquent au Québec en matière de santé sont celles imposées par la *Loi canadienne sur la santé* qui se reflètent dans cinq principes généraux soit :

- la gestion publique de l'assurance-santé ;
- l'intégralité des services ;
- l'universalité ;
- la transférabilité entre les provinces ; et
- l'accessibilité aux soins.

Le respect de ces normes centrales par le gouvernement du Québec conditionne son obtention de ressources financières pour son système de santé en provenant du palier fédéral (Maioni, 1999).

Sur le plan du financement, l'État a progressivement fait plus de place à d'autres organisations. On le constate avec l'augmentation de la sous-traitance en santé, où l'État achète des services à un organisme non étatique, ou encore par l'accroissement de la présence d'assureurs privés en santé (Comeau et Girard, 2000). Cette tendance tire ses origines des difficultés économiques du début des années 1980. Les dépenses en matière de santé et de services sociaux ont davantage progressé que les revenus de l'État. Les principaux facteurs de cette grande augmentation des coûts et dépenses en santé semblent être liés notamment au vieillissement de la population, à l'apparition de nouvelles technologies coûteuses, à l'augmentation du coût des médicaments ainsi qu'à l'apparition de nouveaux besoins et de certaines maladies (SIDA, cancers, etc.). Dans le secteur des sciences et technologies, plusieurs innovations ont été réalisées dans les dernières décennies, permettant de développer de nouveaux outils diagnostics toujours plus précis et permettant de mieux détecter ou traiter certaines maladies. En plus du coût élevé de ces nouvelles technologies, des interventions qui autrefois étaient assez rares sont maintenant devenues fréquentes (Anctil et Juhel, 2004). Le vieillissement de la population et l'augmentation importante des coûts des médicaments sont également des facteurs récents d'importance dans la croissance des dépenses en santé (Brassard, 2007a).

La question du financement demeure centrale pour la majeure partie des organisations communautaires et plus particulièrement pour celles de l'économie sociale. Cette question est également fortement liée à celle de l'autonomie des organismes. Ainsi, du côté des EÉSAD, même si ces dernières bénéficient du soutien offert par le programme d'exonération financière du gouvernement, instauré en 1997, ces fonds demeurent insuffisants pour assurer la sécurité financière de toutes les EÉSAD. La faiblesse de ce financement a eu des effets déstructurant sur plusieurs d'entre elles ainsi que sur leurs réseaux et entraîne une certaine précarité dans les emplois leur étant attribués (Jetté, Aubry et Vaillancourt, 2005). De plus, les difficultés liées à l'obtention d'un financement de base pour les organismes communautaires (manque de financement, compétition entre les organismes, etc.) sont bien présentes pour la majeure partie des OBNL dans le secteur de la santé. Ces difficultés risquent de pousser plusieurs organisations à accepter le financement public à diverses conditions, même lorsque celui-ci est rattaché à des



ententes de services diminuant leur capacité à définir les problématiques de santé et les activités qu'elles peuvent juger prioritaires.

Du côté des coopératives, on rencontre généralement un niveau d'autofinancement et de capitalisation assez important. Une première source de financement des projets de cliniques coopératives de santé provient des parts sociales acquises par les membres de la coopérative. Les citoyens et citoyennes de la communauté où se met en place le projet de coopérative de services de santé ainsi que ceux des communautés voisines sont incités à devenir membres de la coopérative en acquérant des parts de qualifications. Celles-ci ne sont payables qu'une seule fois, lors de l'adhésion et peuvent être remboursées lorsque la personne quitte la coopérative. Le montant des parts de qualification nécessaires pour devenir membre est établi par l'Assemblée générale de la coopérative. Habituellement elles se situent entre 50 \$ et 100 \$. Certaines coopératives demandent également des cotisations annuelles à leurs membres (Brassard et Brochu, 2007). En plus des contributions des membres par l'achat de parts sociales et le paiement de cotisations annuelles, le financement des projets de coopératives de services de santé demeure tout de même un aspect crucial du bon fonctionnement et du maintien de ce type de projet. Le financement ces coopératives peut venir de diverses sources externes par des contributions de la caisse populaire locale, du Centre local de développement (CLD), du Réseau d'investissement social du Québec (RISQ) et du Secrétariat aux coopératives. L'aide financière au développement de ces coopératives peut être accordée sous forme de prêts d'institutions financières ou d'organismes de soutien au développement communautaire. Le financement de ces projets peut également provenir de dons ou subventions accordés par divers organismes. Il est également possible pour ces coopératives de se financer par la création d'une fondation dont les fonds sont dédiés à la coopérative ou par la réception des fonds d'une fondation existante. Des campagnes de financement et de souscription auprès de la population, des commerces locaux, des clubs sociaux ainsi que des organismes du milieu peuvent également être organisées. Ces sources de financement, récoltées majoritairement dans la communauté, permettent aux coopératives de maintenir leur indépendance de sources de financement publiques ou privées. Elles peuvent alors être davantage en mesure de conserver leur autonomie (Benoit, 2007).

C'est ainsi que l'enjeu des fonctions assumées par l'État se trouve posé. Pour diverses raisons, les fonctions que le projet initial d'un régime public de type providentialiste accordait à l'État ont en partie été transférées à d'autres types d'organisations. L'économie sociale contribue à ce transfert selon des modalités propres à la communautarisation. Ces modalités correspondent aux caractéristiques de l'économie sociale que l'on retrouve dans la très grande majorité de ces organisations : responsabilité collective, fonctionnement démocratique, mobilisation des ressources locales et redistribution des surplus-ci, entre autres choses. Le débat porte sur la place respective qui revient à l'État, au secteur privé, à l'économie sociale, aux organismes communautaires et aux proches quant aux fonctions de réglementation, de financement, de prestations de services et la gestion des infrastructures et des ressources.

### **5.3 L'équité d'accès aux soins et services de santé**

Dans les dernières décennies, l'état de santé global de la population québécoise a connu une grande amélioration, notamment grâce à la mise en place du régime d'assurance-maladie universel, garantissant la gratuité d'accès à de nombreux soins médicaux pour toute la population. Cependant, malgré ces améliorations, les individus et communautés ne semblent pas toujours

égaux devant la maladie et l'accès aux soins. En effet, malgré les plans d'effectifs médicaux du gouvernement, certaines régions et communautés sont constamment en pénurie de ressources médicales. Dans certaines régions et pour certaines classes de populations, il semble alors difficile d'avoir accès à un médecin de famille et les services médicaux spécialisés sont souvent engorgés. À cet effet, des études ont démontré que « les citoyens vivant en milieu rural ou en milieu septentrional ont accès à moins de services, ils doivent se déplacer davantage, ils consultent moins – donc, ils ont moins de chances d'avoir un diagnostic précoce de maladie [...] Une mauvaise accessibilité aux soins de santé cause donc à terme une augmentation des cas d'hospitalisation » (Girard, 2006a : 82). Un sondage, réalisé en collaboration avec la Fédération québécoise des municipalités (FQM) auprès de municipalités comptant entre 1 000 et 10 000 habitants, montre qu'environ 125 municipalités n'auraient pas de services de santé dans un rayon de huit kilomètres. De plus, 30 autres municipalités prévoient manquer de services de santé de proximité dans deux à trois ans. Parmi les régions du Québec, ce sont les régions de la Mauricie, du Centre-du-Québec, de l'Abitibi-Témiscaminque ainsi que de la Montérégie qui se caractérisent par la proportion la plus importante d'absence de services de santé. Cependant, cette situation de ressources limitées n'est pas seulement celle des régions. En effet, dans les quartiers défavorisés des grandes villes, les populations ont souvent moins accès à des services médicaux de première ligne, les médecins ayant tendance à s'installer beaucoup plus dans les quartiers plus aisés. Ce sont donc les autochtones, les populations des quartiers défavorisés ainsi que les petites communautés régionales qui semblent particulièrement touchées par ces problématiques de pénurie et de répartition inéquitable des ressources et effectifs médicaux (Girard, 1997 ; Girard, 2006a).

Ces différences dans l'accessibilité aux services de santé ainsi que dans leur répartition amènent à se questionner sur la possibilité de maintenir le système de santé tel que mis en place depuis les années 1960. C'est particulièrement le principe du maintien de l'universalité qui semble menacé avec les problèmes d'accessibilité qui se sont présentés dans les dernières années. D'ailleurs, cette universalité semble déjà diminuée par certaines brèches créées dans le système depuis les années 1990, notamment par le manque d'engagement de l'État dans l'offre de certains services dans le contexte de restrictions budgétaires importantes des années 1980-1990. Le secteur des services de soutien à domicile est particulièrement touché par cette réalité. Ce questionnement concernant l'accessibilité du système de santé québécois renvoie également à reconsidérer l'équité d'accès aux soins et services. Comme mentionné précédemment, ce sont les régions éloignées qui sont plus particulièrement touchées par un manque de ressources et de services. Cette situation rend l'accessibilité au système de santé et de services sociaux inéquitable entre centres urbains et régions éloignées. Le maintien de l'accessibilité au système de santé pour toutes les populations ainsi que de l'accès équitable à ces services représente d'importants défis pour l'avenir du système de santé québécois (CSBE, 2005).

Avec le vieillissement de la population, l'importance d'assurer des services de proximité apparaît de plus en plus essentielle pour conserver la vitalité des communautés. En effet, les personnes âgées ayant souvent besoin de plus de services ou d'assistance médicale auront tendance à s'installer dans des endroits où ils pourront avoir accès à des services locaux. La disparition des cliniques des petits villages et la concentration des effectifs médicaux dans des polycliniques et hôpitaux situés dans les villes plus importantes pourraient donc avoir des effets déstructurants sur la vitalité des petites communautés. À cet effet, entre 2000 et 2005, les cliniques privées gérées par des médecins sont passées de 1 250 à 840, soit une diminution de près du tiers de ce type de

cliniques en cinq ans (Brassard, 2007a). Les cliniques et polycliniques médicales privées appartenant à des groupes commerciaux tels Jean Coutu et Loblaws, dont la présence dans ce secteur est en expansion, ont, pour leur part, tendance à s'installer dans des marchés solvables, soit de 10 000 habitants et plus (Girard, 2006a). Ce type de modèle et la disparition des cliniques et médecins de village pourraient donc avoir un impact négatif sur la démographie et la vitalité des petites communautés rurales, en provoquant l'exode des populations vieillissantes vers les villes où des services médicaux de proximité seront accessibles. Dans cette perspective, les initiatives d'économie sociale dans le domaine de la santé, que ce soit des projets de coopératives de services de santé, d'habitation communautaire pour aînés ou encore de services d'aide à domicile, ont la prétention de contribuer à la vitalité des communautés rurales. La mise en place de tels services permettrait de conserver des services de proximité et d'ainsi éviter, au moins en partie, l'exode de leurs populations vieillissantes (Brassard, 2007a). Pour les communautés éloignées, les organisations d'économie sociale représentent un moyen concret, accessible et efficace permettant de se doter des services de santé qu'elles souhaitent, et ce, en fonction de leur réalité et de leurs besoins. Jusqu'à maintenant, la situation de pénurie de ressources sanitaires dans plusieurs régions démontre que l'État n'a pas encore réussi à remplir son mandat d'universalité et que le secteur privé préfère desservir les zones à haute densité pour des raisons de rentabilité.

Pour ce qui est des coopératives de santé qui peuvent représenter une solution à l'absence de services de santé dans les régions plus éloignées, un enjeu majeur, en terme d'accessibilité, les concernant se rapporte aux systèmes de cotisations de ces dernières. En effet, il n'existe pas de modèle unique d'implantation des coopératives de santé au Québec et dans cette perspective, les cotisations imposées par ces dernières à leurs membres relèvent des décisions de chacune d'entre elles. Certaines coopératives demandent l'acquisition de parts sociales entre 50 \$ et 100 \$ une seule fois à leurs membres. Cependant, d'autres coopératives ont instauré, en plus de l'acquisition de ces parts sociales initiales, un système de cotisations annuelles demandées à leurs membres. Ces pratiques incitent à demeurer vigilants sur les questions d'accessibilité et de gratuité des soins et services de santé (Fournier, 2007). De plus, comme la majeure partie des nouveaux projets de coopératives de santé se sont développés en milieu rural ou régional, les cotisations annuelles demandées par certaines d'entre elles réfèrent encore plus à l'enjeu de l'équité d'accès aux services de santé entre les milieux urbains et les milieux ruraux ainsi que les coûts d'accès à ces services pour les différentes populations.

#### **5.4 Le type de gouvernance**

Lorsqu'il est question de la présence de l'économie sociale dans le domaine de la santé, l'enjeu de la gouvernance est soulevé, c'est-à-dire la manière et la méthode de gestion entendues au sens large. La gouvernance est redevable à la régulation du système de santé, autrement dit, l'ensemble des règles et des mécanismes assurant son fonctionnement. On peut distinguer trois modèles de régulation qui peuvent coexister à des degrés divers selon la prépondérance de l'État, du secteur privé ou du tiers secteur (grosso modo, celui-ci regroupe les organisations communautaires et d'économie sociale). Lorsque l'État est prédominant, Vaillancourt et Favreau (2000) parlent d'un modèle de gouvernance sociale-démocrate traditionnel ou providentialiste. Dans ce type de gouvernance, le social est de la responsabilité exclusive de l'État qui taxe le capital et effectue les investissements. L'économie sociale est alors marginalisée, perçue comme une forme résiduelle, résultant d'un héritage du passé et peu de place lui est laissée. On peut

également distinguer un autre type de gouvernance, lorsque le privé est prédominant, soit le modèle néolibéral. Avec ce type de gouvernance, l'économie est souvent restreinte au marché, alors que le social ne concerne que les personnes exclues de l'économie de marché. L'instrumentalisation du social au profit des seules finalités économiques est alors fréquente et l'économie sociale tend à devenir une économie de misère, « au noir » ou informelle, coupée des enjeux de l'économie dominante (Vaillancourt et Favreau, 2000).

Lorsque le tiers secteur est présent et reconnu dans le domaine de la santé, on parle de modèle de gouvernance de type solidaire ou de démocratie économique. Avec ce type de gouvernance, le social relève à la fois de l'État, pour la redistribution, et de la société. L'exclusivité marchande dans le développement économique et social est remise en question par l'économie sociale et la démocratisation de l'ensemble de l'économie et des services collectifs est promue. L'État occupe tout de même une place importante en termes de régulation et de redistribution, et les services publics dispensés par l'État sont maintenus et renouvelés (Vaillancourt et Favreau, 2000).

Pour les promoteurs de l'économie sociale, ses différentes initiatives peuvent apporter des solutions à des besoins non comblés par le réseau public de services et soins de santé ou à assurer des services non dispensés par ce réseau (Bélanger et Lévesque, 1992). Les initiatives d'économie sociale, de par leurs principes de base de fonctionnement, permettraient de répondre davantage aux besoins locaux ainsi qu'à l'intérêt général, alors que les initiatives privées répondraient beaucoup plus aux besoins du marché ainsi qu'aux intérêts privés. Dans cette perspective, les entreprises collectives favoriseraient l'ouverture à tous, la finalité d'usage, un système de reddition de comptes ainsi qu'un mode de gouvernance clair et renouvelable (Girard, 2006a). Les initiatives d'économie sociale dans le domaine de la santé permettraient également, dans certains cas, d'apporter des réponses nouvelles et différentes aux problématiques et de les traiter sous d'autres angles. L'importance de l'engagement des différents organismes et des entreprises d'économie sociale dans le domaine de la santé ferait alors de ceux-ci une des composantes majeures du système sociosanitaire. Cependant, la reconnaissance de cette importante contribution de l'économie sociale nécessite le support d'un financement adéquat, le respect de sa nature, de son fonctionnement et de son autonomie ainsi que l'établissement de réelles relations de partenariat avec le réseau public et les ressources communautaires (Bélanger et Lévesque, 1992).

Dans ce dernier cas, les relations qui s'établissent entre l'État et ce tiers secteur peuvent présenter différents avantages et inconvénients. Pour l'État, la présence de l'économie sociale dans le domaine de la santé peut avoir pour avantage de supporter la régulation étatique des intérêts commerciaux contraires à la santé et aux objectifs de santé publique, de renforcer l'information au public ainsi que d'appuyer la légitimité de certaines actions étatiques. D'autres avantages non négligeables sont l'engagement d'individus, la création de réseaux et d'un leadership informé en matière de santé ainsi que le soutien à la mise en place de programmes publics auprès de populations marginalisées et isolées. Pour le tiers secteur, l'interaction avec l'État augmente ses possibilités d'influencer les politiques de santé par une intégration des enjeux de la société civile dans les orientations, lui permet d'adopter un rôle de contrepois aux intérêts commerciaux et contribue à mettre en place un consensus sur les priorités. Ces relations peuvent également donner un cadre pour la participation du public et renforcer tant les liens des organismes de la société civile avec l'État, que la légitimité du travail des organismes. Cette relation entre l'État et l'économie sociale peut également avoir certains inconvénients. Pour l'État, la représentativité

des organismes n'est pas toujours assurée et le niveau d'imputabilité peut varier d'un organisme à un autre. Du côté des organismes, les risques d'une instrumentalisation de leur action en fonction des finalités gouvernementales, de la dépendance des organismes face à l'État ainsi que du risque de voir leurs ressources humaines quitter pour œuvrer au sein de l'appareil gouvernemental sont bien présents (Girard, 2006a).

Les enjeux des rapports entre réseau public et organismes communautaires peuvent être bien illustrés à travers les rapports entre les CLSC (maintenant intégrés aux CSSS) et des EÉSAD. Ces rapports ont toujours été assez importants, compte tenu du fait que les CLSC revêtent un rôle prépondérant dans la livraison des services de soutien à domicile. Des liens étroits se sont donc tissés entre CLSC et EÉSAD sur plusieurs territoires. Les types de rapports entretenus entre ces deux organisations déterminent le degré d'autonomie des différentes EÉSAD (Jetté, Aubry et Vaillancourt, 2005). La dernière politique de soutien à domicile du MSSS (février 2003), conférait toujours au CLSC le rôle de principal dispensateur de services. Cependant, pour ce qui est du volet de l'aide domestique, ce sont davantage des entreprises d'économie sociale qui livrent les services. En 2004, le MSSS publiait un autre document visant à opérationnaliser les orientations de cette politique, *Précisions pour favoriser l'implantation de la politique de soutien à domicile*. Ce document définit les nouveaux rapports entre les établissements publics, d'une part, et les organismes communautaires et d'économie sociale, d'autre part. Ces nouvelles dispositions confèrent clairement à ces organismes le statut de fournisseurs de services dans le cadre d'un plan de services individualisés. Dans cette perspective, les rapports entre les organismes de la communauté et le réseau public seraient verticaux, car le CSSS assume un rôle de coordination et de contrôle de la qualité des services, achetés dans le cadre de protocoles et d'ententes de services. Ces nouveaux rapports contractuels et hiérarchiques sont donc susceptibles d'accroître le pouvoir des établissements publics sur les organismes communautaires et d'économie sociale, notamment par l'entremise du financement, de la reddition de comptes et du contrôle de la qualité des services. Ces ententes de services sont liées à des préoccupations majeures pour les organismes telles que le maintien de leur identité et la sauvegarde de leur autonomie. Cependant, les difficultés reliées à l'obtention d'un financement de base pour les organismes communautaires (manque de financement, compétition entre les organismes, etc.) risquent de pousser plusieurs organismes à accepter le financement public, même si celui-ci est rattaché à des ententes de services diminuant leur autonomie. Ce nouveau rôle de fournisseurs de services sous contrat risque de faire perdre aux organismes leur statut d'acteur social d'intérêt public. Pour les organismes, le principal défi associé à cette situation demeure donc de se faire reconnaître par les CSSS comme de véritables partenaires, plutôt que comme de simples exécutants des plans de services individualisés (Bourque, 2005).

La démocratisation du système de santé par une plus grande participation et implication des citoyens est également un aspect non négligeable lié à sa gouvernance. Depuis plus de 30 ans, l'OMS recommande d'encourager la participation citoyenne aux services de santé de première ligne, de renforcer les communautés et de promouvoir l'engagement des organismes non gouvernementaux, incluant les coopératives. Selon la déclaration de Jakarta de l'OMS : « Les citoyens doivent être au centre des actions visant la promotion de la santé et du processus décisionnel pour les réaliser si l'on veut qu'elles soient efficaces » (Girard, 2006a : 81). Une rubrique de la Charte d'Ottawa sur la santé, adoptée en 1986, encourage également le renforcement de l'action communautaire : « La promotion de la santé procède de la participation

effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration des stratégies de planification, pour atteindre un meilleur niveau de santé » (Girard, 2006a :157). Du côté du Québec, le rapport de la Commission Castonguay-Nepveu a mis en place les grandes lignes du système public de santé. La participation publique a alors été identifiée comme une dimension essentielle à la mise en place d'un tel régime de santé pour le Québec. Même le Rapport Rochon, déposé en 1988, soutient que la véritable participation des citoyens et citoyennes, dans le domaine de la santé et des services sociaux, s'est principalement développée en périphérie du réseau public de santé, soit dans les organismes communautaires et bénévoles (Girard, 2006a). Dans les années 1990, les réformes du ministre Côté ont tenté de corriger certaines lacunes du système et de recentrer la participation autour du citoyen. Néanmoins, les recommandations et les mesures adoptées ne semblent pas avoir su atteindre le succès escompté : « trop peu de citoyens concernés, trop peu de pouvoir pour les élus, trop peu d'influence pour les structures qui les accueillent et notamment pour les conseils d'administration » (Forest et al., 2000 : 15).

« Au Québec, la participation publique fait partie des caractéristiques de départ du système public de santé et de services sociaux. Il s'agit même d'un des traits qui permettent d'affirmer et de maintenir le caractère public du régime, en soumettant les acteurs et les organisations à une certaine forme de régulation démocratique ou collective, impensable dans un système mixte ou privé. Toutefois, l'incitation à participer a toujours été faible » (Forest et al., 2000 : 7)

Depuis, plus de trois décennies, la participation des citoyens et citoyennes à l'organisation du système de santé québécois représente un enjeu important dans les débats publics. Les problèmes liés à la participation citoyenne concernent la mauvaise distribution du pouvoir entre les acteurs du système ainsi que la faible légitimité des institutions représentatives. La participation publique dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux a été institutionnalisée à partir de la réforme Catonguay-Nepveu, dans les années 1970. Au départ, la participation décisionnelle était limitée seulement aux utilisateurs et utilisatrices des services, selon la *Loi sur la santé et les services sociaux*. De plus, après 1982, ce sont seulement les bénéficiaires qui pouvaient participer au système. Cependant, la réforme de 1991, qui visait à recentrer la participation sur le citoyen, a contribué à augmenter la participation communautaire, en permettant à l'ensemble des citoyens et citoyennes de s'impliquer (Forest et al., 2000). Néanmoins à la fin des années 1990 et au début des années 2000, la participation publique s'est vue diminuée dans plusieurs instances du système de santé québécois. Par exemple, en 2003, avec l'entrée en vigueur de la Loi 25 entraînant la création des CSSS par la fusion de nombreux établissements (CLSC, CHSLD et centres hospitaliers), la participation des citoyens et citoyennes à la gouverne du système de santé et de services sociaux a une fois de plus été grandement diminuée par le regroupement des conseils d'administration des différents établissements fusionnés, entraînant la diminution du nombre de sièges accessibles aux citoyens et citoyennes (Girard, 2006a).

« La participation des citoyennes et citoyens ne se réduit pas à la participation au sein des instances décisionnelles du système de santé et de bien-être prévus à cette fin. Elle ne peut pas être limitée à des consultations publiques organisées par le gouvernement. Bref, la démocratisation des débats requiert la création et la reconnaissance de plusieurs lieux de débats qui peuvent être suscitées par le

gouvernement ou être le résultat d'initiatives de la société civile. La création de ces lieux est aussi liée à la circulation d'information et à des conditions de participation favorables. Il faut toutefois être conscient des rapports de pouvoir qui sont sous-jacents aux différentes prises de position qui peuvent se faire entendre durant ces débats » (CSBE, 2005 : 27).

La participation publique au système de santé revêt trois fonctions importantes qui légitiment son maintien. D'abord, « la participation permet de recueillir de l'*information* sur les valeurs et les préférences des usagers et du public » (Forest et al., 2000 : 19). Cette première fonction aide à prendre de meilleures décisions ainsi qu'à identifier plus facilement le moment de leur mise en œuvre. « La participation permet [également] la *conciliation* entre les différents groupes d'intérêt, en facilitant le dialogue et la compréhension mutuelle » (Forest et al., 2000 : 19). Cette deuxième fonction soutient les responsables administratifs et politiques dans leur capacité d'exercer un véritable leadership social. Ce leadership implique notamment l'inclusion de groupes vulnérables dans le processus de décision avec les professionnels et les autres acteurs habituels du système. Aussi, « la participation facilite l'*appropriation* par la population des services publics qui lui sont destinés et qu'elle finance de ses impôts » (Forest et al., 2000 : 19). Cette dernière fonction peut référer à la mise en place de conditions favorisant le transfert de connaissances des responsables et des experts vers les citoyens et citoyennes, améliorant ainsi la transparence du processus décisionnel (Forest et al., 2000).

La participation des citoyens et citoyennes représente donc une condition essentielle à la bonne gouvernance du système de santé. Dans cette perspective, il importe donc de renforcer la capacité des citoyens et citoyennes à influencer directement les organisations leurs offrants des services. Cette participation de la population à l'organisation du système de santé contribue également à assurer l'intégrité des régimes collectifs de protection sociale, notamment parce qu'elle facilite leur appropriation par les citoyens et citoyennes. Dans cette optique, elle représente donc une expression concrète de la solidarité (Forest et al., 2000). De plus, le Conseil de la Santé et du Bien-Être (CSBE) (2005 : 13 ) considère que :

« Le fait de participer de façon active au sein du système de santé et de bien-être pourrait amener les usagers à se sentir davantage responsables par rapport à leur santé et au système. Certains envisagent aussi que cela pourrait amener les citoyens à participer aux débats publics et à se sentir concernés par les décisions politiques qui ont une incidence sur le système de santé et de bien-être ».

Les initiatives d'économie sociale dans le domaine de la santé ont la particularité de requérir l'implication des citoyens et citoyennes ainsi que d'autres acteurs du milieu, tant pour leur mise en place que pour assurer leur continuité. Dans une étude portant sur la comparaison de divers établissements de services de première ligne en santé au Québec, Comeau et Girard (2000) concluent que les coopératives de services de santé ainsi que les OBNL œuvrant dans ce secteur permettent une beaucoup plus grande implication des usagers et usagères et des producteurs que les cliniques privées ou les CLSC. Ces projets issus de la communauté ont souvent une structure organisationnelle assez démocratique grâce à laquelle les citoyens et citoyennes peuvent avoir une emprise sur la gestion de leur santé. De plus, la participation des usagers et usagères à la gestion des coopératives ou OBNL dans le domaine de la santé a pour effet d'augmenter

l'autonomie et la responsabilité des collectivités, procurant également une meilleure sensibilité et adaptation aux besoins du milieu (Dugas, 2005).

Pour ce qui est des coopératives de services de santé, le rôle des citoyens et citoyennes dans la création, l'implantation, le développement, la gestion ainsi que le maintien de ces projets est primordial, que l'on parle des membres fondateurs, des membres bénévoles ou des membres du conseil d'administration. La participation des membres, dans un projet de coopérative de services de santé, se doit donc d'être importante et s'illustre tant dans la participation à la propriété, qu'au pouvoir. Les membres participent à la propriété en souscrivant à des parts sociales de 10 \$ chacune, dans les coopératives de services de santé, on demande habituellement aux membres d'acquérir des parts pour une valeur de 50 \$ (soit 5 parts). Il existe également des parts privilégiées que les membres peuvent acquérir afin de financer la coopérative. Cette formule de propriété de la coopérative par les citoyens et citoyennes en fonction de l'acquisition de parts sociales stimule souvent un sentiment de fierté chez les usagers et usagères qui se considèrent « copropriétaires » de la clinique. La participation au pouvoir, quant à elle, s'exprime à travers l'exercice de la démocratie, notamment par le biais du conseil d'administration ainsi que de l'assemblée générale. L'exercice de cette démocratie, au sein de la coopérative, s'effectue selon le principe « une personne, un vote », peu importe le nombre de parts sociales que cette personne détient. Les membres qui se considèrent comme copropriétaires de la clinique s'intéressent souvent beaucoup plus à ce qui se passe à l'intérieur de celle-ci.

Les observations montrent que la mobilisation et la motivation des membres sont souvent beaucoup plus grandes dans la phase de démarrage ainsi que dans les premières années de vie de la coopérative. Cependant, avec le temps, cette mobilisation connaît un essoufflement. Ceci s'explique par le fait que les coopératives naissent pour répondre à un besoin et faciliter la réalisation d'une solution. Une fois le besoin comblé, les personnes non membres (qui ont tout de même accès au médecin de la coopérative en vertu de la Loi canadienne sur la santé) ressentent moins la nécessité de devenir membre pour la réussite du projet. Par ailleurs, plus la coopérative sera située à proximité d'un individu, plus celui-ci sera motivé à devenir membre. La mobilisation apparaît essentielle pour la poursuite du développement de la coopérative et son maintien représente un réel défi face auquel il faut innover. Des efforts doivent également être investis du côté du recrutement de nouveaux membres, afin de renouveler cette mobilisation. Les membres doivent sentir qu'ils ont des avantages à participer au projet, tels que la proximité du service, un temps d'attente limité, des coûts privilégiés pour des soins et services non couverts par le régime public, un accès privilégié à certains professionnels, des rabais avec des fournisseurs d'autres services (pharmacie, centre de conditionnement physique), des ententes de services avec d'autres coopératives évoluant dans des secteurs connexes ainsi que d'autres avantages tangibles (stationnement à coût réduit) (Girard, 2005 ; Girard, 2006a; Benoit, 2007). La mobilisation d'acteurs locaux clés, autres que les citoyens et citoyennes, est également importante pour le bon fonctionnement des coopératives de services de santé. Parmi les plus importants, on retrouve la municipalité, la caisse populaire locale, le CLD ainsi que des commerces locaux. L'appui de ces acteurs se manifeste tant du côté des ressources humaines, matérielles ou financières, que de l'expertise ou du réseautage. La question de la participation des citoyens dans les projets de coopératives de santé, pose donc, pour ces dernières, le défi d'aller plus loin que la seule offre de services médicaux ou que le désir d'attirer des médecins, en permettant une démocratisation de la gouverne des structures de santé par les citoyens ainsi que la mise en place d'un réel partenariat avec les médecins.



## 5.5 La place du privé

Avec la loi 33, adoptée en 2006, il est maintenant possible de recourir à des assurances privées, même pour certaines interventions couvertes par le régime public (chirurgie des cataractes, de remplacement de la hanche et du genou). Cette loi a également autorisé la création des CMS, des cliniques privées regroupant des médecins non rémunérés par le régime d'assurance-maladie. Cette solution a été apportée, dit-on, pour réduire la longueur des listes d'attentes. Cependant, à moins d'augmenter le nombre de médecins disponibles ou d'accroître leur efficacité, nous risquons plutôt d'assister à un transfert de ressources publiques vers le secteur privé, ce qui aura pour effet d'accroître les listes d'attentes dans le secteur public. L'augmentation du recours au privé à but lucratif en santé risque donc d'avoir pour effet d'accroître les inégalités sociales. En effet, alors que l'accès aux soins et les délais d'attente seront diminués pour les individus ayant les moyens de payer ou de s'offrir des assurances privées, les personnes plus défavorisées verront leur accès diminué et leur temps d'attente augmenté dans le secteur public. L'expérience de plusieurs pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) montre également que la cohabitation d'un système public et d'un système privé coûte souvent plus cher tant aux citoyens et citoyennes, qu'à l'État. La présence du privé dans le domaine de la santé peut se présenter de différentes manières selon les fonctions assumées par les entreprises privées. On distinguera ici principalement la question du financement de celle de la prestation de services.

Sur le plan du financement, la présence du privé représente une contribution financière de l'utilisateur d'un service de santé. Cette contribution peut prendre différentes formes, telles des frais d'utilisation (frais modérateurs, frais directs), la contribution à un régime d'assurance privée (franchise, copaiement de prime) ou par le biais de la fiscalité (coûts des services de santé utilisés ajoutés au revenu aux fins d'impôts). Le financement privé en santé peut se réaliser selon un mode supplémentaire (augmente la couverture du régime public), complémentaire (couverture des services exclus) ou de substitution au secteur public (possibilité d'adhérer à un régime privé au lieu du régime public). Présentement, au Québec, le type de financement privé le plus utilisé est le financement complémentaire. Plusieurs entreprises et même la fonction publique incluent dans les avantages sociaux de leurs employés des régimes d'assurance privés pour des services de santé non couverts ou partiellement couverts par le régime d'assurance-maladie public (dentiste, optométriste, physiothérapie, médicaments). Le financement privé de type supplémentaire comprend, par exemple, des frais modérateurs ou un accès accéléré à des services parallèles en échange de paiements. Ces pratiques, peu répandues, mais tout de même présentes au Québec, constituent des barrières économiques à l'accès aux services de santé. L'accès aux services de santé serait alors inégal pour les populations moins fortunées qui n'auraient pas les moyens d'assumer ce type de frais ou de se prémunir d'assurances privées (Béland, 2003).

En 2000, la part du financement du secteur privé dans les dépenses de santé était inférieure au Québec (25,1 %) par rapport à la moyenne canadienne (28 %). La part des dépenses privées en santé diffère selon la catégorie de dépenses. C'est dans les catégories médicaments (57,2 %) et autres professionnels (87 %) que les dépenses privées en santé sont les plus importantes. En revanche, ce sont les catégories « médecins » (moins de 2 %), « établissements » (9,8 %) et « immobilisations » (7,9 %) qui comptent les proportions les moins élevées de contribution du privé. Des études montrent que si un régime universel, avec un seul payeur, était mis en place aux

États-Unis, des épargnes en matière de frais d'administration des régimes d'assurance (34 milliards de dollars) et des frais administratifs des médecins et des hôpitaux (33 milliards de dollars) seraient possibles. Le financement privé ajoute donc aux coûts de gestion du système de santé. Des exemples américains et suisses montrent que l'introduction du financement privé a créé une augmentation des coûts totaux des services de santé. Par exemple, si le système de santé canadien avait les mêmes coûts de gestion que le système américain, il faudrait accroître les dépenses canadiennes totales en santé de 10 %. Une telle augmentation du financement privé en santé au Québec entraînerait une augmentation du budget que chaque Québécois consacrerait aux services et soins de santé (Béland, 2003; Clavet, Côté, Duperré, 2003).

L'accroissement du financement privé dans des pays de l'OCDE semble avoir exercé des pressions importantes sur les ressources publiques et contribuerait à son tour à la tendance au transfert vers le secteur privé. Ainsi, l'expérience de pays où la pratique professionnelle est permise tant dans le secteur public que privé montre que les revenus des professionnels sont souvent supérieurs dans le secteur privé. Cette situation crée un incitatif à pratiquer dans ce secteur et défavorise le secteur public qui compte moins de ressources disponibles. L'attente dans les services à financement public s'en trouve souvent augmentée, afin d'attirer une plus grande clientèle vers les services à financement privé. L'augmentation du privé en santé, à moins d'accroître la productivité des professionnels, n'est pas susceptible d'accroître l'offre de services de santé. De plus, comme les médecins ont souvent une rémunération de trois à quatre fois supérieure dans le secteur privé, la possibilité de pratiquer tant dans le secteur public que privé leur permettrait d'accroître leurs revenus, sans augmenter leur offre totale de services (Béland, 2003).

Selon le Conseil de la Santé et du Bien-être (2005 :12) :

« Les discussions sur le financement révèlent plusieurs croyances qui ne sont pas fondées et qui continuent néanmoins de circuler parmi la population et dans les médias. En effet, les travaux du Conseil, notamment son avis sur le financement privé, ont mis en lumière que le recours au financement privé n'aurait pas les effets escomptés et ne contribueraient pas ainsi à résoudre le problème des ressources. Il a été notamment discuté qu'une augmentation du financement privé ne produit pas nécessairement une augmentation de l'offre de services. Cette dernière passe plutôt par un accroissement des dépenses totales en santé. Par ailleurs, contrairement à l'idée répandue que le financement privé permettrait d'améliorer l'accessibilité des services en réduisant les listes d'attente, il a été démontré par les expériences dans d'autres pays que la possibilité accrue de recourir à des services de santé à financement privé ne réduit pas les listes d'attente ni la demande de services publics. Étant donné que les deux systèmes ne seraient pas isolés l'un de l'autre, il en résulte une augmentation des services publics, puisque les personnes bénéficiant des services privés ont aussi recours aux services publics en amont ou en aval des services privés. Un autre point important mentionné dans cet avis est que ni l'imposition de tickets modérateurs ni le recours à des assurances privées ne constituent des solutions appropriées. Elles risquent au contraire d'ouvrir la voie à des changements qui menacent l'intégrité du système public sans résoudre le problème des coûts. Une analyse de la situation des pays, tels les États-Unis, où coexistent un financement public et un financement privé révèle en fait que

l'administration privée coûte généralement plus cher que l'administration publique ».

Sur le plan de la dispensation des services, la présence du privé n'est pas nouvelle au Québec. En effet, les premières cliniques et polycliniques « privées » se sont développées au Québec principalement à partir des années 1970, en réaction à l'implantation du modèle des CLSC par le gouvernement québécois. Ce sont les médecins, appuyés par leurs regroupements, qui ont mis de l'avant ce réseau alternatif de cliniques, la majeure partie de celles-ci était directement sous la propriété de médecins. Entre 1974 et 1984, le nombre de ces cliniques a connu une importante expansion au Québec. Ce développement s'est par la suite stabilisé dans les années 1990. En 2001, on dénombrait 1 546 cliniques médicales au Québec. Celles-ci représentaient alors la véritable porte d'entrée du système de santé, puisqu'on y dispensait 85 % des soins médicaux généraux de première ligne. La mise en place de ces cliniques s'est réalisée principalement sur la base du regroupement de professionnels, majoritairement des médecins, propriétaires ou copropriétaires de ces cliniques. On parle de polyclinique lorsqu'on réfère à un lieu où pratiquent différents professionnels de la santé (médecin, dentiste, physiothérapeute). Le démarrage d'une telle clinique s'effectue habituellement en fonction des opportunités de rentabilité du marché et de disponibilité de la clientèle. L'implication et l'intégration des citoyens, citoyennes, usagers et usagères dans ce type de clinique sont très restreintes. Depuis quelques années, ce modèle est en déclin au profit du modèle d'affaire des grandes surfaces commerciales (Girard, 2006a).

L'intégration de cliniques médicales à des pharmacies et des grandes surfaces commerciales représente un modèle en émergence au Québec et ailleurs au Canada. Le Groupe Jean Coutu ainsi que la chaîne d'épiceries Loblaws sont les plus présents dans ce secteur. En 2004, au Québec, il existait environ 80 PJC cliniques (propriété de Jean Coutu) où pratiquaient plus de 1 000 omnipraticiens. Pour ce qui est de Loblaws, plusieurs épiceries ayant déjà intégré des pharmacies, certaines se lancent maintenant dans la mise en place de cliniques médicales. Toujours en 2004, 50 cliniques médicales appartenant à Loblaws existaient dans huit provinces canadiennes. Ces entreprises mettent de l'avant une stratégie d'affaires faisant appel au développement du modèle du marché de destination (« one stop shopping ») où plusieurs biens et services (épicerie, supermarché, pharmacie, clinique médicale) sont offerts aux consommateurs en un même lieu (Assoumou-Ndong, Girard et Ménard, 2005).

Cette intégration commerciale peut se réaliser sous deux formes, soit le médecin, propriétaire d'une clinique médicale, s'installe à proximité d'une pharmacie, soit la pharmacie est elle-même propriétaire de la clinique, et loue des locaux (souvent à faible coût) à des médecins. Auparavant, on avait l'habitude de considérer le comptoir de pharmacie en annexe à la clinique, mais avec ce modèle commercial, c'est maintenant la clinique qui devient l'extension de la pharmacie. La proximité et l'influence qui risquent alors de s'établir entre l'industrie pharmaceutique et la médecine clinique apportent, avec le développement de ce modèle, de nombreux enjeux éthiques, notamment en regard de la médicalisation croissante des événements de la vie et de l'augmentation exponentielle des dépenses en santé liée aux coûts des médicaments. Le Québec est la province canadienne comptant le nombre de prescriptions le plus élevé par citoyen ainsi que la plus grande densité de pharmacies par citoyen. De plus, les médicaments représentent un des éléments connaissant la plus grande inflation dans le système de santé québécois. Entre 1997 et 2001, alors que les dépenses pour la rémunération des employés syndiqués augmentaient de

14,5 % et que celles pour la rémunération des médecins s'accroissaient de 22,5 %, les dépenses liées au médicament connaissaient une expansion de 102,2 % (Ancitil et Juhel, 2004).

De plus, ce type de cliniques s'installe habituellement dans des marchés dits solvables, soit des marchés comptant 10 000 habitants et plus. Cette pratique risque donc d'entraîner une concentration des effectifs médicaux dans les centres urbains et les plus grandes villes, laissant les petites communautés principalement rurales avec un manque d'accès à des services médicaux locaux. Ce phénomène couplé avec celui du vieillissement de la population pourrait avoir un impact démographique négatif encore plus important sur les petites communautés qui verraient une partie de leur population quitter pour se rapprocher de services médicaux. De surcroît, le développement de ces cliniques « commerciales » s'effectue majoritairement selon le modèle du sans rendez-vous. Cette tendance est totalement à l'opposée des recommandations sur l'importance de la prévention et du suivi médical du patient. Ce type de développement de cliniques médicales n'apporte donc aucune amélioration ni à la pénurie de médecins et de ressources médicales, ni au manque d'approches préventives en santé (Girard, 2006a).

Tout indique que les projets de coopératives de services de santé, même si certains les qualifient de « privatisation », sont bien différents des réelles initiatives privées dans le secteur de la prestation des soins et services de santé. Le statut de projet de type communautaire ou coopératif est privé au sens de la loi, des individus se regroupant sur une base libre et volontaire pour faire fonctionner une entreprise répondant à leurs besoins.

« Cependant si la coopérative a un statut privé, il ne faut pas procéder par amalgame et la confondre avec d'autres corporations privées, telle la société par actions. Sa finalité est radicalement différente ; elle cherche avant tout à satisfaire les besoins de ses membres (logique d'usage) plutôt que de rechercher le rendement sur le capital, dégager les profits maximums en vue de satisfaire les détenteurs d'actions. En outre, le pouvoir en son sein n'est pas lié à la détention du capital, mais procède selon une règle d'égalité entre les membres. C'est pourquoi, par sa finalité, certains vont associer les coopératives au troisième secteur ou au tiers secteur, à l'économie sociale, ou encore, comme le suggère le rapport du groupe Arpin (1999), du privé, mais à finalité non lucrative. On peut aussi retenir l'expression d'Yves Vaillancourt de l'UQAM qui parle plutôt de processus de communautarisation » (Girard, 2005b : 10).

La concurrence du modèle de cliniques intégrées à des pharmacies est importante et difficile à supporter pour des cliniques coopératives de soins de santé. Certains projets de coopératives de services de santé ont dû faire face à cette concurrence du secteur privé, notamment de pharmacies qui offrent aux médecins des locaux et équipements « clé en main » à des coûts dérisoires. Par exemple, à Sainte-Anne-des-Plaines, alors que les citoyens et citoyennes avaient mis deux ans à mettre sur pied une coopérative de services de santé et à recruter deux omnipraticiens, celle-ci a dû fermer ses portes, les deux médecins ayant quitté suite à l'offre du groupe Pharmacies Jean Coutu de venir pratiquer dans une clinique toute neuve. À Saint-Jean-de-Matha, un projet de coopérative de services de santé a lui aussi été interrompu à cause de la trop grande concurrence d'une pharmacie (Dugas, 2005). Le défi pour les coopératives de santé est à la fois de contrecarrer cette concurrence sur le plan des ressources et du financement et de montrer que leurs projets vont plus loin que les projets de cliniques privées des grandes surfaces commerciales

en ne se limitent pas seulement à attirer des médecins, mais en proposant un modèle plus progressiste et démocratique d'offre de soins et services de santé.

## **5.6 La capacité d'innovation sociale dans le domaine de la santé**

L'économie sociale dans le domaine de la santé peut contribuer à l'innovation sociale. Pour y contribuer, l'économie sociale doit s'intégrer dans un modèle de développement plus large, soit de type solidaire, incluant un développement économique plus démocratique et inclusif, une démocratie participative et une citoyenneté active. L'évolution de l'économie sociale, au cours des dernières années, dans divers secteurs économiques et sociaux, témoigne de sa capacité d'innovation sociale. Celle-ci réfère d'abord à sa façon de combiner les ressources du marché, de l'État et des contributions bénévoles ou du secteur non marchand. Elle concerne également l'implication citoyenne et collective dans la création de la richesse, dans des formes d'entreprises variées (coopératives, OBNL). Ses multiples façons de répondre aux besoins des collectivités locales représentent également un facteur caractérisant la contribution de l'économie sociale à l'innovation sociale (Lévesque, 2006).

Dans les dernières décennies, la proportion de personnes âgées québécoises a connu une importante croissance. En effet, alors qu'en 1971, on comptait 7 % de personnes de 65 ans et plus, en 2001, cette proportion s'élevait à 13 %. Les projections prédisent qu'en 2031, les personnes de 65 ans et plus constitueront 27 % de la population québécoise (Ducharme, Charpentier et Vaillancourt, 2005). Ces données peuvent faire craindre des impacts majeurs pour la société québécoise. Or, lorsqu'on les compare aux données européennes, on remarque que ces mêmes données témoignent d'une société relativement jeune. En effet, le pourcentage de personnes de 65 ans et plus sur l'ensemble de la population tant du Québec, que du Canada ou des États-Unis est demeuré jusqu'à maintenant inférieur aux niveaux atteints dans plusieurs pays européens. La situation populationnelle nord-américaine tend donc à se rapprocher de la situation européenne (Vaillancourt et Jetté, 2001).

Avec ce vieillissement de la population, les services et soins de santé représentent un domaine où les besoins sont en constante augmentation. Dans cette optique, la nécessité de l'innovation sociale ainsi que la capacité d'adaptation rapide aux changements sont particulièrement présentes dans ce secteur. Les services de maintien à domicile ainsi que ceux de résidences pour âgées sont particulièrement sollicités (Ducharme, Charpentier et Vaillancourt, 2005). Ce sont les CLSC (aujourd'hui intégrés aux CSSS) qui sont responsables des services de soutien à domicile. Cependant, dans le contexte de crise de l'État-providence, la dispense de ces services (surtout ceux d'aide domestique) a été, à partir des années 1980, confiée de plus en plus au secteur privé et, à partir de 1996-1998, au secteur de l'économie sociale (coopératives ou OBNL). Quant aux établissements du réseau public, ils n'ont pas pris, à partir des années 1980, l'initiative de la dispense des services d'aide à domicile à l'intention des personnes en légère perte d'autonomie et de la population en général. Les CLSC et établissements du réseau public étant des institutions plus lourdes et bureaucratiques que les ressources de la communauté, elles ont souvent plus de difficulté à s'adapter rapidement aux nouvelles réalités des communautés et nouveaux besoins des populations. Leur capacité d'adaptation et d'innovation sociale apparaît plus restreinte.

Les initiatives d'économie sociale souvent issues des milieux sont quant à elles beaucoup plus près des besoins et réalités de ces milieux et présentent une capacité d'innovation sociale plus

importante. C'est ainsi que plusieurs initiatives de l'économie sociale dans le domaine de l'aide domestique ont vu le jour à la fin des années 1980 et ont plus être reproduites avec les dispositifs originaux issus en 1996 du Sommet de l'économie et de l'emploi. Ces initiatives se sont employées à compenser les services non offerts ou délaissés par le réseau public. La mise en place des services des différentes EÉSAD s'est réalisée dans un grand souci de s'adapter aux besoins, aux modes de vie ainsi qu'au milieu de vie des usagers et usagères. Cette attention apportée aux besoins et demandes des usagers et usagères différencie ces services de ceux du secteur public qui sont souvent tributaires de contraintes issues des rapports salariaux ou encore des initiatives du secteur marchand qui recherche d'abord le profit (Jetté, Aubry et Vaillancourt, 2005).

## **Conclusion : la place de l'économie sociale dans le système de santé au Québec**

L'écriture de ce cahier de recherche visait principalement à apporter un éclairage sur les enjeux de la présence de l'économie sociale dans le domaine de la santé au Québec et sur la place qu'elle peut ou ne peut pas avoir dans ce domaine. À l'aide d'une recension des écrits et de la consultation de plusieurs travaux de recherche, nous avons d'abord analysé le contexte de présence de l'économie sociale dans le domaine de la santé. Ensuite, nous avons explicité la conception de l'économie sociale qui nous a guidée. Nous avons choisi de travailler avec une conception élargie de l'économie sociale qui inclut des organisations ayant divers statuts juridiques, tels des coopératives, des OBNL et des mutuelles. Dans les chapitres centraux de ce cahier (chapitres 2, 3 et 4), nous nous sommes attardés à différentes organisations appartenant aux OBNL, aux coopératives et aux mutuelles qui sont actives dans la dispensation des soins et services de santé québécois. Toutes ces informations nous ont permis de soulever six enjeux liés à leur présence dans le domaine de la santé : la conception de la santé, l'équité d'accès aux soins et services de santé, les fonctions assumées par l'État, les types de gouvernance, la place du privé ainsi que la capacité d'innovation sociale dans le domaine de la santé. Examinons maintenant qu'elle peut être la place de l'économie sociale dans le domaine de la santé.

La présence de l'économie sociale dans le domaine de la santé peut être justifiée pour la gestion des infrastructures et des ressources de même que pour la dispensation de certains services. Nous avons vu qu'elle s'avère différente du secteur privé à but lucratif et du secteur public, et comble leurs limites respectives. On ne saurait assimiler l'économie sociale à une forme de privatisation. Il serait préférable de parler de communautarisation ou encore de collectivisation, car les différences entre ces organisations et les entreprises privées à but lucratif sont trop importantes.

L'implication des citoyens et des usagers est un des aspects qui montrent que l'économie sociale peut avoir une place dans le domaine des soins et services de santé. Dans une étude établissant certaines comparaisons entre divers établissements de services de première ligne en santé au Québec, on remarque que l'implication des citoyens et usagers est beaucoup plus grande et présente dans le tiers secteur que dans les secteurs public et privé (Comeau et Girard, 2000). Dans le même sens, l'économie sociale peut inspirer le réseau public à faire davantage de place aux citoyennes et aux citoyens dans la gouvernance des organisations.

Un autre aspect qui différencie les initiatives d'économie sociale dans le domaine de la santé de celles issues des secteurs public et privé est l'offre originale de services que ces types d'entreprises sont en mesure d'offrir. Dans notre société où les besoins des populations augmentent et deviennent variés, il est nécessaire que les organismes qui offrent des services, notamment dans le domaine de santé, soient en mesure de s'adapter rapidement à ces changements. Il peut parfois être difficile pour les organismes du réseau public, notamment à cause des restrictions budgétaires et d'une certaine lourdeur bureaucratique, de le faire. Les entreprises privées, quant à elles, privilégient des objectifs de rentabilité à court terme et s'établissent dans des marchés solvables et pas nécessairement là où les populations auraient besoin de services ; l'amélioration de la santé d'une population ainsi que le développement de services visant la satisfaction des besoins locaux passent ainsi au second rang (Girard, 2006a). Pour leur part et d'après les observations faites, bien des initiatives d'économie sociale dans le domaine de la santé semblent démontrer une capacité d'innovation sociale. En effet, elles sont

souvent issues directement de la communauté ou d'acteurs du milieu, ce qui les rend plus susceptibles d'être à l'écoute et d'apporter des réponses aux besoins locaux. De plus, leurs structures souvent moins lourdes et plus décentralisées facilitent leur capacité d'adaptation rapide aux changements du milieu et aux nouvelles réalités des communautés où elles évoluent. Les nouveaux services peuvent éventuellement connaître une forme de généralisation lorsque la pratique montre qu'ils répondent à des besoins.

Ceci étant dit, la dérive de l'instrumentalisation guette l'économie sociale. Premièrement, lorsqu'une grande part de son financement provient d'organismes et de programmes spécifiques mis en place par l'État, les organisations peuvent être incitées à s'investir dans des activités qui les éloignent de leur mission première. Deuxièmement, la perspective selon laquelle on envisage la place de l'économie sociale dans le domaine de la santé peut l'amener à de la sous-traitance. Ce risque est susceptible de s'actualiser lorsque l'économie sociale est conçue dans la perspective néolibérale (Vaillancourt et Favreau, 2000). Dans cette optique, des emplois bien rémunérés et avec de bonnes conditions dans le réseau public pourraient être transférés dans le communautaire, afin de diminuer les coûts du système de santé, et devenir des emplois sous-classés avec de moins bonnes conditions salariales et sociales. Par contre, envisagé dans la perspective d'un développement de type solidaire ou de démocratie économique, le rôle que l'économie sociale serait appelée à jouer sera différent. Dans ce modèle, l'État conserve une place d'importance en matière de législation et de financement, en plus de maintenir et renouveler les services dispensés dans le réseau public. L'économie sociale peut alors offrir certains services de qualité non offerts par le secteur public, tout en s'assurant que les travailleurs et travailleuses bénéficient de conditions de travail adéquates.

Cette perspective sur l'économie sociale semble tributaire de la reconnaissance qu'on lui accorde. Quoique sa présence puisse avoir certains avantages, son action est trop souvent mal connue et sa présence peu encouragée. De plus, son apport est mal perçu dans certains milieux et sa participation au système de santé québécois peu valorisée par les autorités. Alors que sa contribution à l'offre de services de santé périphériques (aide à domicile, ressources alternatives en santé mentale, habitation communautaire pour aînés) semble bien appréciée, sa présence du côté des soins de santé directs à la population (coopératives de services de santé, cliniques communautaires, centres de ressources périnatales) semble plus difficile et même parfois contestée. On est alors porté à croire que la plus grande pertinence de l'économie sociale se trouve dans l'offre de services de santé périphériques, sa présence y étant davantage reconnue et favorisée. Parmi les nombreuses initiatives d'économie sociale qui ont vu le jour dans les dernières décennies, les initiatives offrant des services directs de santé sont peu nombreuses. Tout se passe comme si la prestation de ces services demeurait, jusqu'à présent, la chasse gardée des professionnels œuvrant dans les organisations publiques et privées. Quoi qu'il en soit, la présence de l'économie sociale dans le domaine de la santé apparaît incontournable et les besoins sont tels, que ses initiatives continueront de se manifester et de se diffuser.



## Bibliographie

ANCTIL, Hervé et Amélie JUHEL. 2004. « Le système de santé québécois : Un édifice imposant en constante rénovation ». Dans Michel VENNE (dir.), *L'annuaire du Québec 2005*, Montréal, Éditions Fides, p. 321-327.

Assemblée nationale du Québec. 2007. *Informations historiques - Chronologie parlementaire depuis 1867*. Extrait du site internet de l'Assemblée nationale le 19 juin 2007 : <http://www.assnat.qc.ca/fra/patrimoine/chronologie/index.html>.

ASSOUMOU-NDONG, Franklin-X., Jean-Pierre GIRARD et Josée Ménard. 2005. *Développement du modèle d'affaires 'grandes surfaces' dans la propriété et la gestion des cliniques de santé au Québec*. Montréal, Institut de recherche clinique de Montréal, Centre de bioéthique.

BÉCHARD, Bruno-Marie. 2007. « Allocution du professeur Bruno-Marie Béchar, recteur de l'Université de Sherbrooke, à l'occasion du Forum sur les coopératives de solidarité ». 3 octobre 2007, Extrait du site internet de l'Université de Sherbrooke le 10 février 2008 : [http://www.usherbrooke.ca/accueil/direction/allocutions/2007/forum\\_coop-071003.html](http://www.usherbrooke.ca/accueil/direction/allocutions/2007/forum_coop-071003.html).

BÉLAND, François. 2003. « Le financement privé de la santé : coûts plus élevés, accès inégal », dans Michel VENNE (dir.), *L'annuaire du Québec 2004*. Montréal, Éditions Fides, p. 403-415.

BÉLANGER, Paul R. et Benoît LÉVESQUE. 1992. « Le mouvement populaire et communautaire : de la revendication au partenariat (1963-1992) », dans Gérard DAIGLE et Guy ROCHER (dir.), *Le Québec en jeu : Comprendre les grands défis*. Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, p. 713-747.

BENOIT, Guy. 2007. « Du rêve à la réalité », *L'Action nationale*, vol. XCVII, no 4, p. 62-72.

BERGERON, Pierre et France GAGNON. 2003. « La prise en charge étatique de la santé au Québec : Émergence et transformations », dans Vincent LEMIEUX, Pierre BERGERON, Clermont BÉGIN et Gérard BÉLANGER (dir.), *Le système de santé au Québec : Organisations, acteurs et enjeux*. Québec, Presses de l'Université Laval, p. 7-33.

BOIVIN, Robert. 1988. *Histoire de la Clinique des citoyens de Saint-Jacques (1968-1988)*. Montréal, VLB Éditeur, 259 p.

BOURQUE, Denis. 2005. « Interfaces entre les organismes communautaires et le réseau public : continuité et rupture ». *Économie et solidarités*, vol. 36, no 2, p. 13-29.

BRASSARD, Marie-Joëlle et Édith BROCHU. 2007. « Les cliniques coopératives. Se donner un contexte favorable à la pratique médicale ». *Le Médecin du Québec*, vol. 42, no 2.

BRASSARD, Marie-Joëlle. 2007a. « Vers une gouverne de leur santé par les citoyens! ». *L'Action nationale*, vol. XCVII, no 4, avril, p. 56-61.

BRASSARD, Marie-Joëlle. 2007b. « La clinique coopérative de santé ne rime pas avec privatisation ». *Le Devoir*, vendredi 8 juin, p. A9.

BRETON, Pascale. 2005. « Des cliniques-réseaux attendues ». *Le Devoir*, mercredi 22 juin, p. A4.

BRETON, Pascale. 2007. « Le budget Jérôme-Forget. Claude Castonguay à la rescousse. ». *La Presse*, vendredi 25 mai, p. A6.

CARLE, Diane. 1994. « Les Centres de santé des femmes du Québec : toujours à l'avant-garde de la santé des femmes », *Sans préjudices...pour la santé des femmes*. No 8, hiver 1994, [http://www.rqasf.qc.ca/SP08/sp08\\_09.html](http://www.rqasf.qc.ca/SP08/sp08_09.html).

Centre de santé des femmes de l'Estrie (CSFE). 2007. *Historique. Services*. Extrait du site internet du CSFE le 16 juillet 2007 : <http://www.csfestrie.qc.ca>.

Centre de santé des femmes de Montréal. (CSFM). 2007. *Historique; Services*. Extrait du site internet du CSFM le 16 juillet 2007 : <http://www.csfmontreal.qc.ca>.

CHOUINARD, Tommy et Pascale BRETON. 2005a. « Les syndicats dénoncent le rapport Ménard », *Le Devoir*, jeudi 28 juillet, p. A1.

CHOUINARD, Tommy et Pascale BRETON. 2005b. « Rapport Ménard sur le financement du système de santé. Québec rejette l'idée d'une hausse de la TVQ. L'augmentation des tarifs d'électricité et la création d'une régime d'assurance sont toutefois envisagées ». *Le Devoir*, vendredi 29 juillet, p. A1.

COMEAU, Yvan. 1991. *Les coopératives ambulancières au Québec. Revue Possibles*, vol. 15, no 3, p. 93-100.

COMEAU, Yvan et Chantale DEMERS. 2003. « Aide à domicile au Québec. Histoire d'un secteur associatif ». *Le Sociographe*, no 11, p. 49-57.

COMEAU, Yvan et Jean-Pierre GIRARD. 1996. *Les coopératives de santé dans le monde : Une pratique préventive et éducative de la santé*. Chaire de coopération Guy-Bernier, no 0396-074, 138 p.

COMEAU, Yvan et Jean-Pierre GIRARD. 2000. « Une comparaison entre divers établissements de services de première ligne en santé au Québec (Canada) ». *Annales de l'économie publique sociale et coopérative*, vol. 71, no 3, septembre, p. 319-345.

COMEAU, Yvan et Jean-Pierre GIRARD. 2005. « Économie sociale et santé : une présence méconnue, des innovations à découvrir ». *Économie et solidarités*, vol. 36, no 2, p. 1-12.

COMEAU, Yvan et Louis FAVREAU. 2007. « L'organisation communautaire au Québec : itinéraire d'une pratique sociale devenue une profession ». Dans Denis BOURQUE, Yvan COMEAU, Yvan, Louis FAVREAU et Lucie FRÉCHETTE (dir.). 2006. *L'organisation*

*communautaire. Fondements, approches et champs de pratique*. Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 21-39.

Conseil de la santé et du bien-être (CSBE). 2005. *Consultation sur les enjeux éthiques collectifs du système de santé et de bien-être : Analyse des résultats*. Québec, Gouvernement du Québec, 30 p.

Corporation de développement communautaire (CDC) de Trois-Rivières. 2007. *Centre de santé des femmes de la Mauricie*. Extrait du site internet de la CDC de Trois-Rivières le 25 août 2007 : <http://cdc3r.org/cdc.asp?inc=alph&alp=c>.

Comité de travail sur la pérennité du système de santé et des services sociaux du Québec. 2005. *Sortir de l'impasse : la solidarité entre les générations*. Québec, Gouvernement du Québec, 145 p.

Conseil québécois de la coopération et de la mutualité. (CQCM). 2007. *Le mouvement*. Extrait du site internet du CQCM le 28 juin 2007 : <http://www.coopquebec.coop/mouvement/cooperative>.

CRADDOCK, Trent et Naila VAYID. 2004. *Les coopératives de soins de santé au Canada, Secrétariat aux coopératives*. Gouvernement du Canada, 19 p. Extrait du site internet du Secrétariat aux coopératives du gouvernement du Canada le 29 mai 2007 : [http://www.agr.ca/rcs-src/coop/pub/pdf/craddock\\_f.pdf](http://www.agr.ca/rcs-src/coop/pub/pdf/craddock_f.pdf).

D'AMOURS, Alban. 2006. « Renouveler le système de santé grâce à la voie coopérative ». *Le Devoir*, mardi 18 avril.

D'AMOURS, Martine. 2006. *L'économie sociale au Québec : Cadre théorique, histoire, réalité et défis*. Montréal, Éditions St-Martin, 150 p.

DEFOURNY, Jacques et Patrick DEVELTERE. 1999. « Origines et contours de l'économie sociale au Nord et au Sud ». Dans Jacques DEFOURNY, Patrick DEVELTERE et Bénédicte FONTENEAU (dir.), *L'économie sociale au Nord et au Sud*, Bruxelles, De Boeck Université, p. 25-56.

DESMARAIS, Dominic. 2006. « Santé: le citoyen met la main à la pâte ». *Reflète de société / Journal de la rue*, vendredi 15 décembre : <http://journaldelarue.wordpress.com/2006/12/15/sante-le-citoyen-met-la-main-a-la-pate>.

DUBUC, Pierre et Marc LAVIOLETTE. 2007. « Le budget de la santé - Deux fois moins gourmand dans un Québec indépendant ». *Le Devoir*, mardi 19 juin, p. A7.

DUCHARME, Marie-Noëlle., Michèle CHARPENTIER et Yves VAILLANCOURT. 2005. « Les OSBL et les coopératives d'habitations pour personnes âgées : des initiatives résidentielles méconnues ». *Économie et solidarités*, vol. 36, no 2, p. 152-174.

DUGAS, Sylvie. 2005. « Les coopératives et l'économie sociale : une troisième voie », dans Michel VENNE (dir.), *100 idées citoyennes pour un Québec en santé*. Éditions Fides, Montréal, p. 51-55.

DUPERRÉ, Martine. 2007. « Organisation communautaire et santé mentale. Une pratique d'action collective dans l'univers d'un mouvement social », dans Denis BOURQUE, Yvan COMEAU, Louis FAVREAU et Lucie FRÉCHETTE (dir.), *L'organisation communautaire. Fondements, approches et champs de pratique*. Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 225-235.

DUPERRÉ, Thomas, Michel CLAVET et Ronald CÔTÉ. 2003. « L'évolution du financement des dépenses québécoises en services de santé », dans Vincent LEMIEUX, Pierre BERGERON, Clermont BÉGIN et Gérard BÉLANGER (dir.), *Le système de santé au Québec : Organisations, acteurs et enjeux*. Québec, Les Presses de l'Université Laval, p. 375-411.

DUTRISAC, Robert. 2006. « Castonguay se prononce en faveur du ticket modérateur. Le père de l'assurance maladie croit qu'il faut poser des limites à la consommation de services de santé ». *Le Devoir*, mardi, 16 mai, p. A3.

DUTRISAC, Robert. 2007. « Groupe de travail sur le financement de la santé - La scénariste de L'Illusion tranquille au côté de Castonguay ». *Le Devoir*, mercredi 20 juin, p. A1.

DUTRISAC, Robert. 2007. « Commission Castonguay. Le PQ choisit Michel Venne ». *Le Devoir*, mercredi 21 juin, p. A5.

Fédération des coopératives de services à domicile du Québec (FCSDQ). 2007. *Nos membres. Leurs services*. Extrait du site internet de la FCSDQ le 9 juillet 2007 : <http://www.fcsdq.coop>.

FLEURET, Sébastien. 2005. « Les associations dans le système sanitaire et social en France : des territoires de l'invisible ». *Économie et solidarités*, vol. 36, no 2, p. 107-128.

FOREST, Pierre-Gerlier et al. 2000. *Participation de la population et décision dans le système de santé et de services sociaux du Québec*. Département de science politique et Groupe de recherche sur les interventions gouvernementales (GRIG), Université Laval, novembre 2000.

FORTIN, Andrée. 2003. « Les organismes et groupes communautaires », dans Vincent LEMIEUX, Pierre BERGERON, Clermont BÉGIN et Gérard BÉLANGER (dir.), *Le système de santé au Québec : Organisations, acteurs et enjeux*. Québec, Les Presses de l'Université Laval, p. 201-226.

FOURNIER, Jacques. 2007. Les coopératives de santé – Une manière d'augmenter les revenus des médecins? *Le Devoir*, mardi 12 juin

GAGNÉ, Jean-Paul. 2007. « Castonguay réclame une réforme du système de santé ». *Les Affaires*, samedi 19 mai, p. 30.

GÉLINAS, Bernard. 2007. « La place des médecins dans les projets de coopératives de santé ». *L'Action nationale*, vol. XCVII, no 4, avril, p.73-80.

GIRARD, Jean-Pierre. 1996. « La réforme de la santé au Québec: Pourquoi pas l'option coopérative ? ». *Le Devoir*, jeudi 4 juillet, p. A7.

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*. Montréal, Chaire de coopération Guy-Bernier (UQAM), 49 p.

GIRARD, Jean-Pierre. 2005b. « Les facteurs de réussite et les contraintes vécues par les coopératives dans le domaine de la santé », *Actes du Séminaire sur la santé*. Conseil de la coopération du Québec, 5 mai 2005, p.55-65, Extrait du site internet du Conseil de la coopération et de la mutualité du Québec le 19 juin 2007 : [http://www.coopquebec.coop/uploads/documents/menu\\_sections/jp\\_girard\\_-\\_facteurs.pdf](http://www.coopquebec.coop/uploads/documents/menu_sections/jp_girard_-_facteurs.pdf).

GIRARD, Jean-Pierre. 2005d. « Les coopératives de santé contre le modèle Jean Coutu », dans Michel VENNE M. et Antoine ROBITAILLE (dir.), *L'annuaire du Québec 2006 : Les défis du Québec*. Montréal, Éditions Fides, p. 312-319.

GIRARD, Jean-Pierre. 2005e. « Le développement récent des coopératives dans le domaine socio-sanitaire au Québec : une lecture ». *Économie et solidarités*, vol. 36, no 2, p. 89-106.

GIRARD, Jean-Pierre. 2006a. *Notre système de santé autrement. L'engagement citoyen par les coopératives*. Montréal, Édition BLG, 209 p.

GIRARD, Jean-Pierre. 2006b. « Notre système de santé, autrement ». *Reflète de société / Journal de la rue*, mercredi 28 novembre 2006 : <http://journaldelarue.wordpress.com/2006/11/28/notre-systeme-de-sante-autrement>.

GIRARD, Jean-Pierre. 2007. « Les coopératives de services de santé : désormais plus qu'une hypothèse ! ». *L'Action nationale*, vol. XCVII, no 4, avril, p. 98-102.

Gouvernement du Québec. 2007. *Loi sur les coopératives (L.R.Q. c. C-67.2)*. Extrait du site internet : <http://www.canlii.org/qc/legis/loi/c-67.2/20070717/tout.html>, dernière mise à jour 1<sup>er</sup> juillet 2007.

Groupe de travail sur le financement du système de santé. 2008. *En avoir pour notre argent*. Québec, Gouvernement du Québec, 317 p.

Groupe Promutuel. 2007. *Qui sommes-nous?* Extrait du site internet de Groupe Promutuel le 11 juillet 2007 : [http://www.promutuel.ca/fr/groupe\\_promutuel/qui\\_sommes\\_nous.jsp?mn=a1](http://www.promutuel.ca/fr/groupe_promutuel/qui_sommes_nous.jsp?mn=a1).

ILLICH, Ivan. 1975. *Nemesis médical*. Paris, Seuil, 221 p.

JETTÉ, Christian, Benoît LÉVESQUE, Lucie MAGER et Yves VAILLANCOURT. 1999. *Économie sociale et transformation de l'État-providence dans le domaine de la santé et du bien-être : une recension des écrits*. Montréal, Cahiers du LAREPPS et Cahiers du CRISES.

JETTÉ, Christian, François AUBRY et Yves VAILLANCOURT. 2005. « L'économie sociale dans les services à domicile : une innovation davantage institutionnelle qu'organisationnelle ». *Économie et solidarités*, vol. 36, no 2, p. 129-151.

La Capitale groupe financier. 2007. *Ma mutuelle.*, Extrait du site internet de la Capitale groupe financier le 16 juillet 2007 : <http://www.lacapitale.com/mutuelle/main.jsp>.

LAMOUREUX, Henri, Jocelyne LAVOIE, Robert MAYER et Jean PANET-RAYMOND. 2000. *Pratique de l'action communautaire*. Québec, Presses de l'Université du Québec, 448 p.

LARIVIERE Claude. 1978. « L'intervention en milieu urbain : du professionnalisme au militantisme ». *Revue internationale d'action communautaire*, nos 39-40, p. 37-48.

LÉVESQUE, Benoît et Marguerite MENDELL. 1999. *L'économie sociale au Québec: éléments théoriques et empiriques pour le débat et la recherche*. Cahiers du CRISES, Collection "Working Papers" - Études théoriques.

LÉVESQUE, Benoît. 2006. *Le potentiel d'innovation et de transformation de l'économie sociale : quelques éléments de problématique*. Montréal, Cahiers du CRISES no ET0604, 35 p.

LÉVESQUE, Benoît. 2007. *Un siècle et demi d'économie sociale au Québec: plusieurs configurations en présence (1850-2007)*. Copublication Centre de recherche sur les innovations sociales (CRISES), Alliance de recherche universités-communautés en économie sociale (ARUC-ÉP).

LÉVESQUE, Kathleen. 2007. « Santé: vers une plus grande contribution du privé ». *Le Devoir*, vendredi 25 mai, p. a1.

LIPIETZ, Alain. 1990. « Après-fordisme et démocratie ». *Les Temps Modernes*, no 524, p. 97-121.

MAIONI, Antonia. 1999. « Les normes centrales et les politiques de santé », dans Clermont BÉGIN, Pierre BERGERON, Pierre-Gerlier FOREST et Vincent LEMIEUX. *Le système de santé québécois : un modèle en transformation*. Montréal, Presses de l'Université de Montréal, coll. Politique et économie, p. 53-76.

Maison de la santé. 2007. Extrait du site internet de la maison de la santé le 25 août 2007 : <http://www.lamaisondelasante.qc.ca>.

MAYER, Robert. 2002. *Évolution des pratiques en service social*. Boucherville, Gaëtan Morin Éditeur, 489 p.

MAYER, Robert et Martin GOYETTE. 2000. « Politiques sociales et pratiques sociales au Québec depuis 1960 ». Dans Jean-Pierre DESLAURIERS et Yves HURTUBISE (dir.), *Introduction au travail social*, Québec, Presses de l'Université Laval, p. 35-66.

NEAMTAN, Nancy. 2006. *L'économie sociale au Québec : au cœur de l'innovation et des transformations sociales*. Conférence de Nancy Neamtan, dans le cadre de la série de conférences BMO, organisée par l'École des sciences de la gestion de l'UQAM, avril 2006, Extrait du site internet du Chantier de l'économie sociale le 27 août 2007 : <http://www.chantier.qc.ca>.

OUELLET, Line et Marc VALLIÈRES. 1986. *L'histoire d'un succès collectif : SSQ Mutuelle d'assurance-groupe*. Québec, SSQ, Mutuelle d'assurance-groupe, 147 p.

PAMPALON, Robert, Jérôme MARTINEZ, Denis HAMEL et Guy RAYMOND. 2004. « Milieux ruraux et urbains au Québec : quelles différences en matière de santé et de bien-être ? ». Dans Michel VENNE (dir.), *L'annuaire du Québec 2005*, Montréal, Éditions Fides, p. 540-553.

PAQUET, Renaud et Yvan COMEAU. 2007. *Syndicalisation et économie sociale*. Montréal, Édition Saint-Martin, 128 p.

PETITCLERC, Martin. 2007. « *Nous protégeons l'infortune* ». *Les origines populaires de l'économie sociale au Québec*. Montréal, vlb éditeur, 278 p.

Regroupement des entreprises d'économie sociale en aide domestique du Québec (REÉSADQ). 2007. Extrait du site internet du REÉSADQ le 16 juillet 2007 : [http://www.reEESADq.org/site\\_dynamic/Definition\\_EESAD/index.php](http://www.reEESADq.org/site_dynamic/Definition_EESAD/index.php).

Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ). 2007. *Qui sommes-nous?* Extrait du site internet du RRASMQ le 16 juillet 2007 : <http://www.rasmq.com/ressources.html>.

Réseau des Centres de ressources périnatales (réseau des CRP). 2007. *Présentation*. Extrait du site internet du Réseau des CRP le 16 juillet 2007 : <http://www.reseaudescrp.org/cadre.html>.

Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (RQASF). 2007. *Petite histoire d'un grand mouvement en santé des femmes*. Extrait du site internet du RQASF le 16 juillet 2007 : [http://www.rqasf.qc.ca/site/pres\\_histoire.htm#centre](http://www.rqasf.qc.ca/site/pres_histoire.htm#centre).

RIOUX SOUCY, Louise-Maude. 2007. « Claude Castonguay au Devoir. Penser la santé à deux vitesses ». *Le Devoir*, mardi 29 mai, p. A1.

RIOUX SOUCY, Louise-Maude. 2008. « Élan d'enthousiasme à droite ». *Le Devoir*, mercredi 20 février 2008.

ROBERT, Lionel. 2006. « Après l'affaire Chaoulli : plus de place pour le privé dans la santé », dans Michel VENNE et Miriam FAHMY (dir.), *L'annuaire du Québec 2007 : Le Québec en panne ou en marche ?*. Montréal, Éditions Fides, p. 104-114.

Santé Canada. 2005. *Le système des soins de santé au Canada*. Gouvernement du Canada, 26 p.

Secrétariat aux coopératives. 1999. *Guide pour le démarrage de coopératives dans le secteur de la santé*. Gouvernement du Canada, mars, 98 p.

SSQ, Groupe financier. 2007. *Le Groupe – Historique*. Extrait du site internet de SSQ, Groupe financier le 16 juillet 2007 : <http://www.ssq.ca/fr/historique.asp>.

VAILLANCOURT, Yves. 1996. « Sortir de l'alternative entre privatisation et étatisation dans la santé et les services sociaux ». Dans Bernard EME, Jean-Louis LAVILLE, Louis FAVREAU et Yves VAILLANCOURT, *Société civile, État et Économie plurielle*, Paris/Montréal, CRIDA/CRISES, p. 147-224.

VAILLANCOURT, Yves. 1999. « Tiers secteur et reconfiguration des politiques sociales ». *Nouvelles Pratiques Sociales*, vol. 11, no 2 et vol. 12, no 1, p. 21-39.

VAILLANCOURT, Yves, François AUBRY, Martine D'AMOURS, Christian JETTÉ, Luc THÉRIAULT et Louise TREMBLAY. 2000. *Économie sociale, santé et bien-être : la spécificité du modèle québécois au Canada*. Montréal, Cahiers du LAREPPS, no 00-01, 38 p.

VAILLANCOURT, Yves, AUBRY, Christian JETTÉ et Louise TREMBLAY. 2001. « Le cas du Québec : la fragile émergence d'une nouvelle régulation solidaire », dans Yves VAILLANCOURT et Louise TREMBLAY (dir). *L'économie sociale dans le domaine de la santé et du bien-être au Canada : Une perspective interprovinciale*. Montréal, Université du Québec à Montréal, LAREPPS, p. 23-57.

VAILLANCOURT, Yves, AUBRY et Christian JETTÉ (dir.). 2003 *L'économie sociale dans les services à domicile*. Collection pratiques et politiques sociales et économiques, Québec, Presses de l'Université du Québec, 341 p.

VAILLANCOURT, Yves et Louis FAVREAU. 2000. *Le modèle québécois d'économie sociale et solidaire*. Cahiers de la Chaire de recherche en développement communautaire (CRDC), série recherche no 18, Université du Québec à Hull, mai, 23 p.

VAILLANCOURT, Yves et Christian JETTÉ. 1997. *Vers un nouveau partage des responsabilités dans les services sociaux et de santé : Rôles de l'État, du marché, de l'économie sociale et du secteur informel*. Université du Québec à Montréal, Cahiers du LAREPPS, no 97-05, mai, 301 p.

VAILLANCOURT, Yves et Christian JETTÉ. 2001. « Québec : un rôle croissant des associations dans les services à domicile », dans Jean-Louis LAVILLE et Marthe NYSSSENS, *Les services sociaux entre associations, État et marché : L'aide aux personnes âgées*. Paris, Éditions La Découverte, p. 66-90.



VAILLANCOURT, Yves et Louise TREMBLAY. 2001. *L'économie sociale dans le domaine de la santé et du bien-être au Canada : Une perspective interprovinciale*. Université du Québec à Montréal, LAREPPS, 184 p.

VALLÉ, Alain. 2007. « Un projet porté par les citoyens ». *L'Action nationale*, vol. XCVII, no 4, avril, p. 93-97.

VENNE, Michel et Anne-Marie LEMAY. 2005. « Cultiver l'avenir. Saint-Camille, village modèle », dans Michel VENNE et Antoine ROBITAILLE (dir.), *L'annuaire du Québec 2006 : Les défis du Québec*. Montréal, Éditions Fides, p. 530-537.

VENNE, Michel (2006), « L'autre secteur privé ». *Le Devoir*, lundi 18 septembre, p. A7.

## **Annexe : liste des sigles et abréviations**

CAM	Coopérative des ambulanciers de la Mauricie
CDR	Coopérative de développement régional
CHSLD	Centre hospitalier de soins de longue durée
CLSC	Centre local de services communautaires
CMS	Centres médicaux spécialisés
CPQ	Conseil du patronat du Québec
CQCM	Conseil québécois de la coopération et de la mutualité
CRP	Centre de ressources périnatales
CSBE	Conseil de la Santé et du Bien-être
CSD	Coopératives de services à domicile
CSFE	Centre de santé des femmes de l’Estrie
CSFM	Centre de santé des femmes de Montréal
CSN	Confédération des syndicats nationaux
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CTAEQ	Coopérative des techniciens ambulanciers de l’Est du Québec
CTAM	Coopérative de techniciens ambulanciers de la Montérégie
CTAQM	Coopérative de techniciens ambulanciers du Québec métropolitain
CTSAMM	Coopérative des techniciens de services ambulanciers du Montréal métropolitain
EÉSAD	Entreprise d’économie sociale en aide domestique
FCCQ	Fédération des chambres de commerce du Québec
FCSDQ	Fédération des coopératives de services à domicile du Québec
FMOQ	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
HLM	Habitations à loyer modique
IEDM	Institut économique de Montréal
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OBNL	Organisme à but non lucratif
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OMS	Organisation mondiale de la santé
REÉSADQ	Regroupement des entreprises d’économie sociale en aide domestique du Québec
RRASMQ	Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec
RQASF	Réseau québécois d’action pour la santé des femmes
SCHL	Société canadienne d’hypothèque et de logement
SHQ	Société d’habitation du Québec
TVQ	Taxe de vente du Québec