

Gouvernance territoriale et processus d'innovation sociale : l'exemple des coopératives

Par Marie-Joëlle Brassard

Directrice de la recherche et du développement au
Conseil québécois de la coopération et de la mutualité
Codirectrice ARUC développement territorial et coopération

Cahiers de l'ARUC-DTC
Série «Conférences», numéro 3

Avril 2009



ARUC
DÉVELOPPEMENT
TERRITORIAL
ET COOPÉRATION

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

Les propos tenus dans cet ouvrage n'engagent que la responsabilité de l'auteur.

Distribution :

ARUC-Développement territorial et coopération

Adresse : 300, allée des Ursulines

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

Rimouski (Québec) G5L 3A1

Téléphone : (418) 723-1986 poste 1247

Courriel : aruc-dtc@uqar.ca

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

ISBN : 978-2-923711-12-6 (version imprimée)

ISBN : 978-2-923711-13-3 (pdf)

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2009

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives Canada, 2009

Tous droits réservés © 2009

ARUC-Développement territorial et coopération

ARUC-Innovations sociales et développement des communautés

Chaire de recherche en développement des collectivités (CRDC)

Vous pouvez également télécharger ce document sur le site Internet de

l'ARUC-DTC : <http://aruc-dtc.uqar.qc.ca/>

Ce document doit être cité comme suit :

Brassard, M.J. (2009), *Gouvernance territoriale et processus d'innovation sociale : l'exemple des coopératives*. Cahiers de l'ARUC – Développement territorial et coopération, Série «Conférences» numéro 3, 22 pages.

Sommaire

Résumé	5
Le mouvement coopératif québécois : ses composantes et son mode d'organisation	7
<i>Le Conseil québécois de la coopération et de la mutualité : un regroupement de réseaux coopératifs</i>	8
<i>Des assises territoriales au mouvement coopératif québécois</i>	9
<i>Une définition de l'innovation</i>	10
L'innovation coopérative dans le domaine de la santé	11
<i>Les coopératives de santé : l'éclosion</i>	14
<i>Pourquoi des coopératives de santé ?</i>	15
La « gestion commune par projet » : un processus pour orienter le développement !...	16
Visions futures de l'innovation coopérative dans le domaine de la santé ?	19
Bibliographie.....	21

Ce texte fait suite à une communication réalisée dans le cadre du colloque 2008 de l'Association des sciences régionales de langue française (ASRDLF) tenu les 25, 26 et 27 août 2008 à l'Université du Québec à Rimouski (UQAR). Madame Marie Joëlle BRASSARD, directrice de la recherche et du développement au Conseil québécois de la coopération et de la mutualité et Codirectrice ARUC développement territorial et coopération (mariejoellebrassard@coopquebec.coop) a réalisé cette communication.

Résumé

Nos propos visent à illustrer comment une harmonisation efficace du réseau coopératif québécois organisé à la fois sur des bases sectorielles et territoriales, peut faciliter une ouverture à l'innovation tant par l'État québécois que par les instances nationales concernées par la recherche de solutions innovantes. Le Conseil québécois de la coopération et de la mutualité a développé une approche dite de « gestion commune par projet ». Cette approche repose sur un croisement et une mobilisation des expertises des fédérations sectorielles de coopératives et des organismes de soutien aux coopératives dont les assises s'ancrent sur l'intervention territoriale. Nous référons à l'exemple des coopératives de santé envisagées comme une solution innovante à certaines problématiques de la société québécoise, notamment celle de l'accessibilité des services de santé de première ligne dans les territoires fragilisés ou en voie de l'être et de l'exercice de la démocratie de proximité en respect des particularités territoriales.

Pour étaler notre démonstration, nous présenterons d'abord le mode d'organisation et les composantes du mouvement coopératif québécois. Nous préciserons ensuite quelques notions essentielles à une compréhension commune, notamment sur la notion d'innovation, la définition de la coopérative de santé et l'approche de la santé adoptée par le mouvement coopératif. Nous terminons par ce qui constitue le cœur de la présente, soit le processus mis en œuvre par le Conseil pour développer une approche qui favorise une ouverture à l'innovation dans la société québécoise.

Le mouvement coopératif québécois : ses composantes et son mode d'organisation

Comprendre comment l'approche de « gestion commune par projet » facilite le positionnement de l'innovation coopérative suppose au préalable des précisions sur les spécificités du modèle organisationnel du mouvement coopératif québécois. Les coopératives font partie du patrimoine et de la culture québécoise depuis plus de cent ans, voire 150 ans pour les mutuelles, alors qu'elles ont constitué un moyen de prise en charge et d'émancipation d'abord dans les secteurs financiers et agricoles pour ensuite s'étendre dans presque toutes les sphères de la vie des communautés, aujourd'hui une quarantaine de secteurs différents. On compte jusqu'à maintenant 3 200 coopératives et 39 mutuelles qui totalisent 87 000 emplois au Québec. De ces 3 200 coopératives, 2 500 sont non financières et propriété de 1 million de membres comptant 37 000 emplois et générant des revenus de l'ordre de 8 milliards\$.

Le modèle coopératif québécois a ceci de particulier qu'il est organisé à la fois sur des bases territoriales avec des assises présentes dans toutes les régions du Québec et par des réseaux sectoriels nationaux regroupés en 14 fédérations. Le Conseil québécois de la coopération et de la mutualité chapeaute ces réseaux. De son côté, l'État québécois s'est doté d'une Politique de développement des coopératives¹ qui reconnaît le rôle joué par ces entreprises dans le développement et la cohésion de la société québécoise². La Politique a donné lieu à une entente de partenariat entre le mouvement coopératif et l'État pour soutenir les réseaux existants. À cet égard, c'est le Conseil québécois de la coopération et de la mutualité, organisme de « troisième niveau » qui est l'interlocuteur reconnu du gouvernement.

Cette entente repose sur une contribution financière partagée entre le mouvement coopératif et l'État.³ Elle prévoit un partage et un arrimage des responsabilités d'intervention entre les différentes composantes du mouvement coopératif. Celui-ci est caractérisé par la présence de réseaux regroupés soit par secteurs, soit sur la base des territoires d'appartenance.

¹ En janvier 2001, le gouvernement du Québec décidait d'élaborer un projet de politique de développement des coopératives. L'objectif premier de cette démarche était d'accélérer le rythme de développement des coopératives, en favorisant une diversification de ces entreprises vers des nouveaux secteurs. La « Politique de développement des coopératives » s'inscrit dans un contexte de modernité. Elle met en place de nouvelles approches ainsi que des moyens de soutien mieux adaptés. Elle permettra aux coopératives d'être mieux outillées pour faire face aux enjeux actuels.

² (2003); Gouvernement du Québec, Ministère des Finances, de l'Économie et de la Recherche; *Politique de développement des coopératives : la coopération tout le monde y gagne !*, 70 pages.

³ En vertu de cet accord, le gouvernement du Québec injectera 4,3 M\$ annuellement dans le développement coopératif, soit 12,9 M\$ sur trois ans. Pour sa part, le mouvement coopératif et mutualiste injectera 500 000 \$ par an, soit 1,5 M\$ sur trois ans. L'entente représente donc un investissement total de 14,4 M\$ des deux parties pour les années 2007 à 2010.

Le Conseil québécois de la coopération et de la mutualité : un regroupement de réseaux coopératifs

Le Conseil québécois de la coopération et de la mutualité réunit les têtes de réseaux du mouvement coopératif en plus de compter des membres associés et auxiliaires. Le Conseil joue un rôle de concertation et donc d'intercoopération entre les différents réseaux, il représente le mouvement coopératif québécois auprès des instances étatiques ou d'influence et contribue au développement social et économique du Québec, notamment par la recherche innovation.

Des 14 réseaux coopératifs représentés au sein du Conseil, 10 regroupements sont sectoriels, une fédération réunit les coopératives du Nouveau-Québec, deux fédérations regroupent des catégories de coopératives⁴ (travailleurs et travailleurs-actionnaires) et un dernier réseau réunit les organismes de soutien au développement des territoires que sont les Coopératives de développement régional.

Ce type de développement qui semble anarchique ne l'est pas si on l'envisage selon la période historique « longue ou courte » et en fonction du contexte social et économique d'émergence. Ces particularités pourraient à elles seules faire l'objet d'une recherche plus approfondie. Pour l'heure, précisons que le développement par secteurs s'est fait progressivement et « naturellement » avec la venue de coopératives dans les secteurs émergents partant des caisses populaires et de l'agriculture auxquelles se sont ajoutées d'autres générations de coopératives. Elles résultent du besoin de se doter d'expertises et de regrouper les forces d'intervention pour se donner des conditions favorables de développement. Les 10 réseaux coopératifs sectoriels d'aujourd'hui sont les suivants; les coopératives forestières, les funéraires, les coopératives agricoles (La Coop fédérée et Agropur), les coopératives scolaires (Coopsco), les services à domicile, l'habitation, les services financiers constitués des Caisses populaires Desjardins et des Mutuelles d'assurances⁵, les coopératives d'alimentation, la câblodistribution et les paramédics (ambulancières).

D'autre part, le réseau constitué des organismes de soutien aux territoires peut être associé à une période de sensibilisation et de prise de conscience grandissante au Québec à l'égard du développement des territoires. Dans les années 70, avant même qu'un réseau formel d'organisme de développement coopératif territorial n'émerge, les régions se mobilisaient pour se doter de « secrétariat coopératif régional ». Les Coopératives de développement régional résultent d'une volonté des coopératives des régions de se concerter et pourraient être les précurseurs d'un modèle de soutien au développement adopté ensuite par d'autres organismes voués au développement local.⁶

⁴ La Loi sur les coopératives, L.R.Q., chapitre C-67.2, reconnaît l'existence des catégories de coopératives suivantes : consommateur, producteur, travailleurs, travailleurs-actionnaires et coopérative de solidarité.

⁵ Alors que l'ensemble des réseaux et des coopératives membres des réseaux sont assujettis à la Loi sur les coopératives (L.R.Q., chapitre C-67.2), les services financiers et les Mutuelles d'assurance réfèrent à une autre loi.

⁶ Les Sociétés d'aide au développement des collectivités (SADC) créées en 1989 sous l'égide d'un programme fédéral et les Centres locaux de développement (CLD) initiés en 1997 par le gouvernement du Québec.

Pour sa part, la Fédération des coopératives du Nouveau Québec appartient à un groupement de 14 coopératives qui correspondent à autant de communautés inuites situées dans une enclave dans le Nord québécois le long des côtes de la baie d'Hudson et de l'Ungava au Nouveau-Québec (ou Nunavik, tel qu'on le nomme actuellement). Ces coopératives « de villages » sont ancrées dans leur territoire et opèrent plusieurs activités⁷, ce qui leur confère une vocation « multiservices ».

Quant aux réseaux des coopératives de travailleurs et de travailleurs-actionnaires, qui sont des catégories de coopératives, nous faisons l'hypothèse que leur création est davantage reliée à la crise de l'emploi au début des années 80. Cette crise a fait en sorte de donner de l'importance à ces catégories coopératives alors qu'on les retrouve dans une multitude de secteurs.

Ces réseaux sectoriels offrent des services spécialisés à leurs membres et élaborent des positionnements pour soutenir le développement de leur secteur. Une même coopérative peut à la fois être membre de sa fédération sectorielle et de la coopérative de développement régional de son territoire.

L'intérêt, le défi de la réussite du mouvement coopératif repose sur la capacité des acteurs sectoriels et territoriaux de croiser leurs expertises pour soutenir efficacement le développement coopératif et par le fait même, se renforcer mutuellement. Dans une perspective d'innovation sociale, cela est d'autant plus pertinent que l'expertise dans un secteur innovant relève autant des CDR, que des fédérations sectorielles pouvant être concernées.

Dans une perspective visant à positionner et à soutenir l'innovation par les coopératives, le Conseil québécois de la coopération et de la mutualité joue à la fois les trois rôles qui lui sont dévolus. L'intercoopération par la mobilisation des expertises de chaque réseau coopératif « sectoriel et territorial » (CDR) concernées par un créneau innovant. La représentation auprès des instances étatiques et des organismes nationaux qui gravitent dans le giron ou qui influencent l'insertion d'un créneau innovateur. Finalement, par les activités de recherche réalisées pour répondre à des problématiques actuelles de la société québécoise. L'approche de recherche-action de « gestion commune par projet » assure un développement qui respecte les particularités territoriales en maximisant les expertises sectorielles et territoriales.

Aux fins de notre démonstration portant sur « la gestion commune par projet », les CDR jouent un rôle de premier plan. Elles sont souvent la porte d'entrée des projets innovateurs étant inscrites dans le tissu social et économique de leur territoire régional. Nous porterons une attention particulière au réseau des coopératives de développement régional.

Des assises territoriales au mouvement coopératif québécois

Le mouvement coopératif compte sur la présence de 11 Coopératives de développement régional (CDR) réparties dans l'ensemble des régions du Québec. Ces CDR sont des organisations qui agissent comme un carrefour coopératif régional, un point de convergence

⁷ Services bancaires, bureaux de poste, télévision par câble, services l'internet, marketing de l'art inuit, gestion d'hôtel, une agence de voyage, camps de chasse et pêche, approvisionnement en huile et carburants, etc.

des promoteurs de projets coopératifs. L'objectif principal de la CDR est de contribuer au **démarrage de nouvelles coopératives** et d'offrir aux promoteurs collectifs des services leur permettant de consolider leurs opérations. Les CDR s'inscrivent dans le tissu socio-économique régional et agissent comme partenaires du développement avec d'autres acteurs régionaux. Elles y sont actives de par leur rôle de concertation, d'animation et d'intercoopération à l'échelle régionale. À cet égard, le membership des CDR est constitué de coopératives régionales issues de secteurs diversifiés qui se reflètent dans la composition de leur conseil d'administration. Elles offrent également des formations et jouent un rôle actif auprès des jeunes pour promouvoir la coopération. Conséquemment, une attention particulière est mise sur un réseau de professionnels, des agents de promotion jeunesse présents dans les CDR qui font la promotion des coopératives auprès des jeunes et qui établissent des liens avec le milieu de l'éducation.⁸

Au cours des quinze dernières années, les CDR ont contribué au maintien et à la création de 15 500 emplois par le démarrage et le suivi de plus de 1100 coopératives dans les régions.

Une définition de l'innovation

Aborder la gouvernance territoriale en lien au *processus* d'innovation sociale annonce notre définition « d'innovation ». En effet, selon nous, l'innovation réside pour une part importante dans le processus. La finalité résultera de façons de faire innovantes. Nous parlons ici d'un processus de recherche-action, soit d'un aller-retour constant entre la recherche et la pratique, l'un alimentant l'autre. Cela signifie aussi que, dans le continuum, tant les acteurs que les chercheurs bénéficient des acquis de l'un et de l'autre dans un mouvement de « va-et-vient ». Comme les acteurs qui s'y engagent ne savent pas si l'innovation en sera une, puisqu'elle est dite innovante seulement une fois reconnue et appropriée par l'ensemble de la société, on ne peut la reconnaître qu'après son application. L'innovation suppose donc des acteurs engagés, réfléchis dans un processus lui-même innovateur sur les plans à la fois de la pratique et de la réflexion. C'est pourquoi nous empruntons la définition de l'innovation sociale à celle du Réseau québécois en innovation sociale (RQIS) de l'Université du Québec, les auteures s'étant inspirés largement des travaux réalisés par Camil Bouchard, professeur chercheur à l'Université du Québec à Chicoutimi.

*L'innovation sociale se définit en conséquence de la façon suivante : **toute approche, pratique, intervention ou encore tout produit ou service novateur ayant trouvé preneur au niveau des institutions, des organisations ou des communautés et dont la mise en œuvre résout un problème, répond à un besoin ou à une aspiration.***

Traduite ainsi, l'innovation sociale, en plus de se définir par sa nature matérielle et immatérielle et par son caractère novateur (initiative nouvelle, révolutionnaire, adaptée, renouvelée), se définit par son processus. Ce dernier se caractérise, entre

⁸ Les 17 agents de promotion jeunesse sont soutenus financièrement par un programme du gouvernement du Québec appelé « Défi entrepreneuriat jeunesse », qui s'adresse à tous les organismes jeunesse incluant les CDR. C'est le Conseil québécois de la coopération qui assure la coordination et est répondant auprès du gouvernement.

autres, par la participation et la coopération d'une diversité d'acteurs, par l'échange et la création de connaissances et d'expertises et par la participation des utilisateurs ou usagers (preneurs).⁹

Le RQIS suggère que les acteurs différents jouent à leur niveau et selon la phase d'avancement dans un processus d'innovation, un rôle dans l'intégration d'une innovation sociale. Les porteurs, les bailleurs de fonds, les partenaires de soutien et les preneurs sont présents à différentes phases identifiées; émergence, expérimentation, appropriation, phase d'alliance, de transfert et de diffusion.

De plus, le RQIS précise que l'innovation sociale se situe dans une perspective de changement social visant à améliorer des pratiques sociales ou organisationnelles. *Cela nécessite une participation accrue des différents acteurs, la mise en commun des ressources et la diffusion de l'innovation par différents moyens; éducation, formation, transfert de technologie et (ou) de connaissances¹⁰.*

Nous verrons que le modèle de *gestion commune par projet* expérimenté par le Conseil qui s'appuie sur l'exemple du développement des coopératives de santé correspond à un processus d'intégration et de mobilisation des acteurs différents selon certaines phases d'avancement et aussi, en respect des échelons de territoire et des différents acteurs engagés dans le processus. Conséquemment, le Conseil a approché les acteurs territoriaux en prenant soin de laisser bon cours aux débats régionaux et de respecter les modèles spécifiques en tirant des apprentissages à partir de grandes lignes directrices.

L'innovation coopérative dans le domaine de la santé

Alors que les premières coopératives de services à domicile prenaient leur essor, un premier colloque portant sur le développement coopératif dans le domaine de la santé se tenait en 1998 sous l'égide du Conseil québécois de la coopération et de la mutualité. Ce colloque faisait suite aux travaux d'un comité de travail sur la santé actif depuis 1996.

Les acteurs du mouvement coopératif présents au colloque œuvraient dans le domaine de la santé où s'y rapprochant; services à domicile, habitation, alimentation, coopératives financières en plus des Coopératives de développement régional. De ce colloque se sont dégagées les bases d'une orientation du mouvement coopératif dans le domaine de la santé. Outre certains éléments de définition d'une coopérative dans le domaine de la santé, les acteurs présents à ce colloque insistaient principalement sur le contexte d'opportunité qui favorisait l'émergence de l'innovation coopérative dans le domaine de la santé. Voici l'essentiel des éléments de contexte qu'ont relevé les acteurs du mouvement coopératif à cette étape;

⁹ 2007; Réseau québécois en innovation sociale; Rollin, Joannie et Vincent Valérie; Acteurs et processus d'innovation sociale au Québec; Université du Québec, page 14.

¹⁰ IDEM

Outre la complexité du système de santé, ses lourdeurs administratives et les restrictions financières auxquelles l'État fait face, nous relevons les constats suivants;

- ✧ *le vieillissement de la population qui crée une pression très forte sur le secteur privé des assurances et sur les gouvernements;*
- ✧ *une demande de services d'hébergement pour personnes âgées avec soins de santé qui est supérieure à l'offre disponible, principalement chez les personnes démunies sur le plan financier. Ce phénomène se présente aussi pour les personnes nécessitant un besoin d'accompagnement psycho-social (désinstitutionalisation);*
- ✧ *l'accessibilité des services de santé est problématique dans plusieurs régions du Québec qui font face à une pénurie de médecins;*
- ✧ *les besoins des jeunes familles en matière de soutien à domicile et de conciliation travail-famille se sont accrus et ne sont pas comblés;*
- ✧ *les "aidants naturels" ont des besoins urgents de répit d'accompagnement;*
- ✧ *les valeurs ont changé alors que l'on constate une popularité accrue des médecines douces, ou dites alternatives, et à l'importance de la prévention et de la saine alimentation;*
- ✧ *les transformations dans l'organisation des services de santé de première ligne.*

C'est sur la base d'une lecture du contexte social et politique que les acteurs de ce colloque statuaient sur l'importance d'un changement pour améliorer les pratiques sociales. Le modèle coopératif pouvait figurer comme une réponse alternative, étant centré sur la réponse aux besoins. De plus, les valeurs et les règles coopératives constituaient des facteurs clés susceptibles de favoriser l'intégration des coopératives dans le domaine de la santé. Nous référons, notamment, à un objectif de la coopérative qui vise la réponse aux besoins et qui, par ses règles de démocratie et d'égalité, favorise une gouvernance de proximité et assure une appropriation des retombées de leurs actions pour et par les membres de leur communauté. Le contexte d'alors est marqué par des besoins en hébergement, soutien à domicile pour aînés comme pour les familles et les proche-aidants. D'autre part, le besoin d'accessibilité aux services de santé, alors identifié, concordait bien avec la démocratie de proximité que permet la coopérative. Le contrôle démocratique par les membres assurait aux citoyens la présence d'un service de santé de proximité.

Le contexte qui prévalait à la tenue du colloque en 1998 perdure aujourd'hui. L'État laissait entrevoir des besoins imminents liés à la démographie, particulièrement dans le secteur des services à domicile et de l'habitation aux aînés, besoins jusqu'alors sans réponse. L'État prévoyait une impasse liée à la croissance continue des coûts de santé avec le vieillissement de la population.

Dans ce contexte marqué par la recherche d'alternatives, un espace d'opportunité s'offrait, où les usagers pourraient s'engager et participer à l'amélioration des conditions de vie collective.

Un projet de recherche subventionné, échelonné sur trois ans (2004-2007), a facilité l'avancement des recherches et l'application d'alternatives.

Des modèles innovants de coopératives de santé

C'est dans la continuité de cette première réflexion formelle que le Conseil québécois de la coopération et de la mutualité débutait en 2003 un programme quinquennal de recherche portant sur l'innovation des coopératives dans le domaine de la santé¹¹. L'objectif consistait à poser un éclairage sur certains modèles de coopératives émergentes et innovantes « dans le domaine de la santé ». À la lumière des initiatives coopératives observées en santé, et de leur évolution, la nécessité s'est imposée de mieux cerner la réalité et les formes qu'empruntent ces expérimentations. Ces nouvelles pratiques de prise en charge ancrées localement ont conduit le Conseil à questionner les critères de réussite, les contraintes et les écueils auxquels font face les acteurs collectifs désireux de mettre en place une coopérative dans le domaine de la santé. Il fallait donc établir des balises pour guider ceux et celles qui s'engagent sur cette voie et ultimement, produire un guide de démarrage à la mise en place de telles coopératives. En effet, les expériences réalisées à ce jour par des coopératives dans le domaine de la santé, avec notamment, les services à domicile, l'habitation coopérative et certaines coopératives clinique de santé, nécessitaient d'en tirer des apprentissages.

Un inventaire des coopératives dans le domaine de la santé nous apprenait qu'il existait en 2003, 75 coopératives dans le domaine de la santé au Québec dont 43 dans le secteur des services à domicile. On les retrouvait aussi sous des formes diversifiées; habitations pour aînés, soutien psycho-social, médecines douces, cliniques médicales, ambulancières, approvisionnement, etc.

Certaines coopératives de santé semblaient s'inscrire de plein pied dans un espace public en redéfinition, ouvrant la porte à une gouvernance citoyenne plus affirmée et ancrée sur un territoire local en contrepartie d'une approche centralisatrice de l'État développée ces quarante dernières années. Le postulat de départ voulait que l'État serait plus ouvert à réviser certains rôles dans un contexte marqué par des contraintes importantes liées à la démographie qui engendre une demande accrue de services alors que les finances publiques sont de plus en plus limitées. Nous avons observé que, face à cette situation, certains États développaient avec le mouvement coopératif, soit un rapport de complémentarité, notamment en Italie, en Espagne et au Portugal, alors que, dans d'autres pays, un système parallèle entre l'État et les coopératives prenait forme, comme par exemple au Brésil ou au Japon.

Les coopératives dans le domaine de la santé étaient nées au milieu des années 90, sous l'influence d'un programme public visant à favoriser le soutien à domicile, principalement des

¹¹ Le projet de recherche intitulé *Modélisation des coopératives de santé* s'est déroulé de 2003 à 2005 et a été soutenu financièrement par le Secrétariat aux coopératives du gouvernement fédéral, le Ministère du développement économique, de l'Innovation et de l'Exportation, Desjardins Sécurité financière et le Conseil québécois de la coopération et de la mutualité.

personnes âgées¹². Ce qui attira davantage l'attention entre 2003 et 2008 fut cependant la montée rapide du nombre de cliniques coopératives de santé qui passaient de trois en 2003 à plus d'une trentaine en 2008. Or, il est notable, et paradoxal, d'observer que l'émergence de ces cliniques n'était pas directement liée à une restructuration de l'État mais constituait plutôt une transformation des cliniques opérées traditionnellement dans le secteur privé par des médecins. Ces cliniques résultaient à la fois d'un changement dans les modes de vie des médecins et de la volonté des citoyens d'assurer le maintien de leur service de proximité première ligne en santé.

Les coopératives de santé : l'éclosion

D'une part, les cliniques coopératives se voulaient une « communautarisation » du service de première ligne en santé, en réalité un nouveau type de partenariat entre les médecins et la communauté. D'un autre côté, ces cliniques coopératives résultent d'une volonté ferme des populations locales de maintenir un service de santé en voie de fermeture ou sans ressource médicale alors que le maintien du service par les seules ressources des médecins n'était plus possible faute de viabilité financière. La gestion de la bâtisse, l'administration de certains programmes et la gestion du personnel étaient désormais assurées par la coopérative, libérant par le fait même les médecins, lesquels pouvaient se concentrer sur leur pratique médicale. Précisons qu'au Québec, l'accessibilité aux services de santé est assurée par une loi fédérale, de sorte que les médecins sont rémunérés par l'État québécois. La coopérative louait donc par le fait même les locaux et équipements aux médecins, prenait en charge la gestion du personnel et de certains programmes de santé en plus de diversifier leurs activités pour assurer la viabilité financière de la coopérative. Il s'agissait donc pour la coopérative de jouer en premier lieu un rôle de gestion immobilière, de gestion de personnel et de programmes.

Cependant, ce nouveau partenariat entre la population et les médecins incitait du même coup à une transformation du système de santé et de la pratique médicale à trois niveaux. D'abord, plus qu'un projet de clinique de santé, ces coopératives constituent un enjeu d'avenir pour les communautés, faisant en sorte de « forcer » un changement dans le mode de répartition territorial des effectifs médicaux jusque-là décidé par l'État et ce, dans un contexte de pénurie de médecins. Ensuite, elles introduisaient une transformation de la relation entre le médecin et le patient, ce dernier étant maintenant un partenaire avec les citoyens. Finalement, et c'est là un élément plus important encore, en s'appropriant la gouvernance de son service de santé, la population locale était appelée à se questionner également sur la définition traditionnelle de la santé axée sur une conception de « consommateurs » de services de santé à une autre, plus globale, de prise en charge collective de sa santé tournée vers la prévention. Le défi réside alors dans la capacité de passer d'une gestion immobilière et administrative des services de santé à une réponse aux besoins des membres de la collectivité. Or, on n'y échappe pas, ces

¹² PEFSAD : Programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique. Le PEFSAD s'inscrit dans la dynamique du Sommet sur l'économie et l'emploi, tenu en octobre 1996, en ce qu'il met en évidence le potentiel de développement de l'économie sociale au Québec. Il a comme objectifs, d'une part, de développer un réseau solide d'entreprises de services d'aide domestique et, d'autre part, d'encourager les personnes à se procurer des services d'aide domestique auprès de ces entreprises.

besoins concernent avant tout leur santé. Une recherche sur les impacts sociaux et économiques d'une coopérative de santé sur une décennie démontre l'amélioration des conditions de vie des habitants locaux sur plusieurs indicateurs¹³.

Pourquoi des coopératives de santé ?

On est tenté de croire qu'un système alourdi par sa structure bureaucratique tend davantage vers la rigidité que vers le changement. Pourquoi alors le mouvement coopératif s'est-il vu comme une solution à une problématique vécue dans le domaine de la santé ? Historiquement, la santé était abordée par le mouvement coopératif en 1946 lors du Forum annuel du Conseil supérieur de la coopération¹⁴ qui recevait alors le Dr Jacques Tremblay qui abordait la question difficile à cette époque de l'accessibilité d'un service de santé pour les travailleurs des quartiers urbains. Il proposait un mode de financement par la voie coopérative pour se doter d'un médecin par quartier et résoudre ainsi une problématique d'accessibilité territoriale. Or, cette question de l'accessibilité des ressources médicales de première ligne pose toujours un problème mais se présente autrement aujourd'hui. De leur côté, les communautés sont en demande d'autonomie. Plusieurs refusent la fatalité de la fin du dernier service de santé. De fait, les cliniques privées gérées par les médecins sont en diminution constante, passant de 1 250 en 2000 à 840 en 2005, une baisse de près du tiers. Devant cette perspective peu attrayante, les communautés manifestent une volonté ferme de maintenir et de décider des services qu'elles veulent se donner en fonction de leurs réalités toutes particulières. Surtout, elles sont déterminées à demeurer dans leur milieu de vie. Or, la définition de la santé a évolué depuis les vingt dernières années pour s'inscrire dans une approche plus globale où **la prise en charge des multiples dimensions de la vie** des personnes et des communautés apparaît comme un facteur déterminant de la santé, éclairant ce lien entre coopérative et santé.

Dans la définition de la santé adoptée par le Conseil, on réfère aux déterminants sociaux de la santé proposé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS)¹⁵. Conséquemment, la pauvreté, l'exclusion sociale, des logements inadaptés et de mauvais systèmes de santé sont parmi les facteurs sociaux à l'origine d'un mauvais état de santé des populations. La définition de la santé adoptée par le Conseil québécois de la coopération et de la mutualité emprunte aux orientations issues du Forum national sur la santé qui s'inspire des déterminants socio-économiques sur la santé. Dans le rapport sortant de ce Forum, on peut lire ce qui suit: les écarts de santé observés entre les classes de la société s'expliquent par certains facteurs tels l'habitation, l'alimentation, les revenus, l'isolement, l'emploi, les conditions de travail, le stress, la violence.

Nous savons, depuis un certain temps, que meilleurs sont le revenu, la scolarité, le rang social, le réseau de soutien d'une personne, plus elle a d'estime de soi et mieux elle sent qu'elle exerce une certaine emprise sur sa vie, plus elle tend à être en santé. Au Canada, les gens les plus aisés peuvent

¹³ Référent à l'étude de Pélouin, Pierre

¹⁴ Le Conseil supérieur de la coopération est créé en 1940 et est l'ancêtre du Conseil québécois de la coopération et de la mutualité.

¹⁵ (2005); Conseil québécois de la coopération et de la mutualité, Orientations et positionnement en matière de santé.

s'attendre à vivre quatre ans de plus que les plus pauvres, et les Autochtones, sept ans de moins que le reste de la population. Nous ne nous intéressons pas aux écarts entre les extrêmes; nous savons qu'il y a une progression de la santé à chaque échelon de la société selon le revenu, l'éducation et le rang social. Tout le monde est touché, au milieu comme aux extrêmes. Un bon revenu mène à une bonne santé, non seulement parce qu'on peut mieux s'alimenter, se vêtir, se loger et combler ses besoins primaires, mais aussi parce qu'on a plus de choix et d'emprise sur sa vie. Ce sentiment d'avoir une certaine emprise est essentiel à une bonne santé.¹⁶

En démocratisant la gestion de la santé, les usagers peuvent davantage décider de leurs conditions de vie et, par le fait même, de leur santé. En ce sens la coopération constitue une alternative viable et innovatrice parce qu'elle repose sur la valorisation et la reconnaissance des potentiels humains locaux pour trouver des solutions originales et adaptées aux situations vécues, qu'elle permet d'assurer l'accessibilité des services et de les gérer collectivement.

La coopérative de santé réfère à la participation démocratique et donc à la possibilité pour les citoyens de s'impliquer dans la gestion de leurs services de santé, ce qui leur confère un contrôle sur leur vie du fait qu'ils y sont décisionnels.

Cette question centrale du contrôle démocratique a tôt fait d'amener la question de l'accessibilité des services de santé sur les territoires moins peuplés et fragilisés, ce qui paraîtra avec force à partir de 2003.

La « gestion commune par projet » : un processus pour orienter le développement !

Les 15 activités de recherche conduites par le Conseil québécois de la coopération et de la mutualité, réalisées entre 2004 et 2008, ont mis à contribution un comité sur la santé composé d'une douzaine de représentants du mouvement coopératif et des partenaires concernés. Ces représentants sont issus de secteurs de la coopération et d'organismes susceptibles d'être impliqués dans l'innovation en santé. Le comité de travail était composé de représentants de « têtes de réseaux » dans les secteurs concernés par la santé : l'habitation, les services à domicile, les ambulancières, le domaine des assurances, l'alimentation et les Coopératives de développement régional, etc.. Le comité fut complété d'un représentant d'un médecin d'une clinique coopérative, du ministère du Développement économique, de l'Innovation et de l'Exportation, de la Direction des coopératives et d'un représentant du ministère de la Santé et des Services sociaux.

La composition du comité sur la santé du Conseil permettait un aller-retour entre les pratiques et les orientations stratégiques nationales. Ainsi, le Conseil pouvait réagir auprès de l'État ou

¹⁶ Santé Canada (1997) ; *La santé au Canada: un héritage à faire fructifier.*

d'autres corporations¹⁷ pour proposer une perspective renouvelée du système de santé lorsque les coopératives de santé rencontraient des problématiques dans leurs pratiques. Plusieurs événements et activités de recherche alimentaient alors les contenus pour soutenir la réflexion. La transformation des visions déjà construites par les instances établies nécessite un ensemble d'actions que ne peuvent pas soutenir les milieux qui s'investissent dans le changement local. Ainsi, le Conseil a-t-il participé à la réalisation de mémoires, d'avis, de rencontres des instances gouvernementales, publications, organisation de colloques réunissant des organisations d'influence, activités de mise en commun des expertises pratiques développées par les coopératives en essor, conception d'outils de démarrage, etc.

Il importe d'assurer un aller-retour entre les pratiques sociales et la réflexion pour en tirer des apprentissages et les partager à l'ensemble des acteurs déjà institués aux différents échelons de territoire local, régional et national. La définition de l'innovation empruntée au RQIS insiste sur l'importance du processus d'innovation pour préciser les phases; émergence, expérimentations, appropriations, alliances, transfert et diffusion. Le Conseil, par son modèle de gestion par projet commun, a assuré la réalisation de ces phases dans un processus de réflexivité.

Nous entendons ici par réflexivité¹⁸;

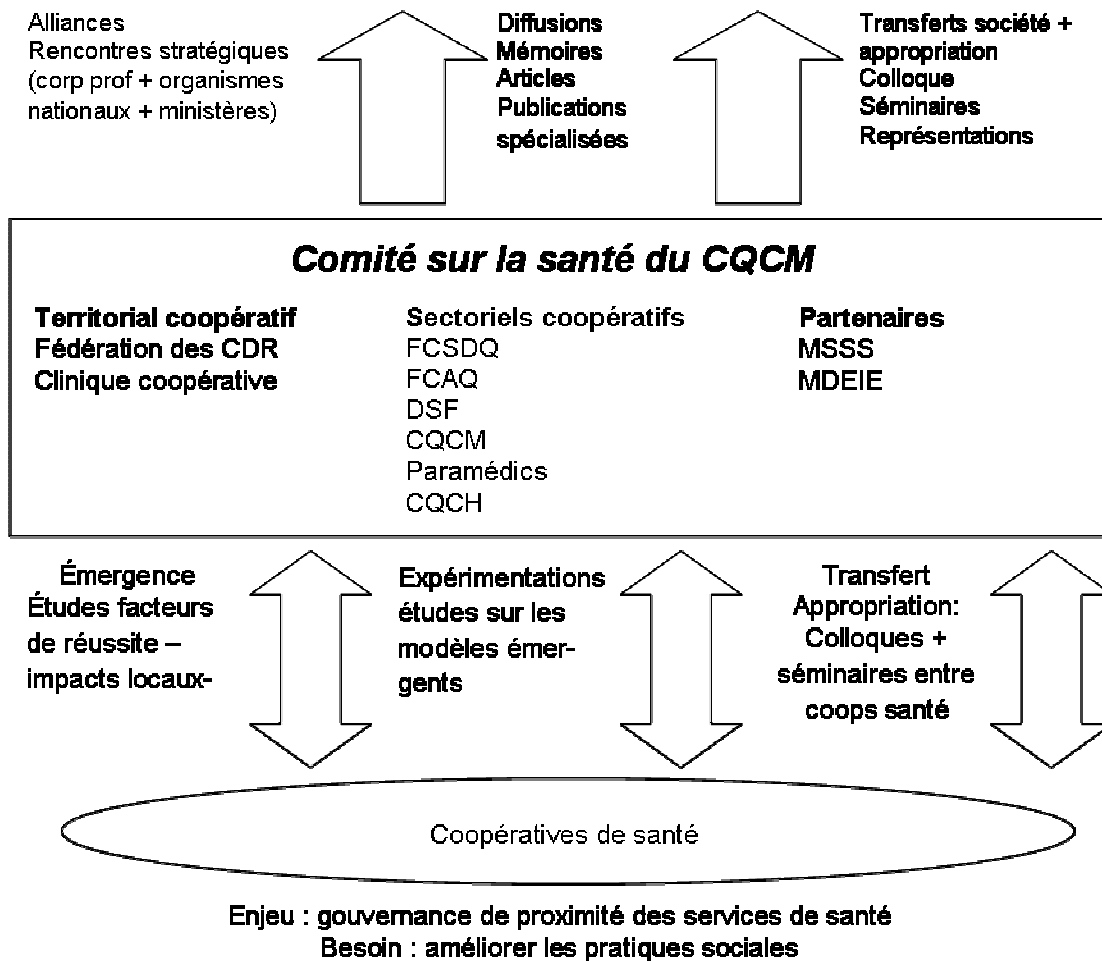
La notion de réflexivité est particulièrement importante. Elle traduit la présence d'une nouvelle dynamique informationnelle et politique entre les acteurs sociaux et renvoie à la préoccupation que doivent désormais montrer les chercheurs à refléter, à réfléchir mais aussi, à reconstruire les attentes des partenaires ou de la société vis-à-vis des besoins ou des priorités qui s'inscrivent dans un contexte culturel donné. Les recherches et expérimentations sociales doivent désormais s'appuyer sur des démarches de co-conceptions commandées par la demande sociale au mieux-être.

Nous suggérons une illustration pour une compréhension de l'approche de gestion commune par projet.

¹⁷ Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), Collège des médecins, Fédération des médecins spécialistes du Québec.

¹⁸ (2004); Acte d'un colloque organisé par le Conseil québécois de la recherche sociale et tenu le 16 mai 2001 à l'Université de Sherbrooke dans le cadre du 69^e Congrès de l'ACFAS. 2004, p. 124.

Processus d'innovation coopérative dans le domaine de la santé



Pour les citoyens réunis en coopérative de santé, l'enjeu réside dans l'arrimage avec le réseau de santé publique tout en demeurant autonome et donc en développant des services en fonction de leurs réalités. Pour sa part, l'État québécois adoptait en décembre 2003 un *Programme national de santé publique 2003-2012* qui porte sur une restructuration du système de santé, dont l'objectif est de rapprocher les services de santé et de services sociaux à la population et de les rendre plus accessibles sur la base d'un réseau local intégré. Ainsi, toutes les ressources d'un territoire seraient mises à contribution, laissant en théorie un espace aux coopératives.

Certaines activités inscrites dans les processus de recherche ont contribué à sécuriser certains acteurs institutionnels face à cette formule innovante et face aussi à un faux débat centré sur le privé / public. Des rencontres et événements stratégiques ont permis de resituer le débat à plusieurs reprises et à différents niveaux. Ainsi, ministre et sous-ministres du ministère de la Santé et des Services sociaux ont été rencontrés, de même que des organismes nationaux telles les fédérations de médecins, auxquelles s'ajoutent la participation à des commissions

parlementaires, l'organisation de colloques réunissant les instances régionales de santé et les promoteurs de cliniques coopératives, des éditions et diffusions d'expériences et d'expérimentations locales, dont une visant l'arrimage sur un territoire régional de cinq cliniques coopératives avec les instances régionales de santé et de services sociaux.

Le fait est très actuel. Les cliniques coopératives de santé sont en voie de transformer la configuration et la gestion traditionnelles des services de santé de première ligne dans certaines régions du Québec.

Plusieurs défis se posent pour en arriver à un modèle de prise en charge collective et de gouvernance de leur santé par les citoyens. Ces défis interpellent, aux premières loges, les citoyens et leurs instances locales municipales qui les appuient généralement, et ensuite les instances gouvernementales de santé alors en processus de restructuration.

Visions futures de l'innovation coopérative dans le domaine de la santé ?

Nous avons finalement démontré l'importance de mobiliser un réseau structuré et organisé du mouvement coopératif pour faciliter l'accueil à l'innovation par l'ensemble des acteurs de la société. Le mouvement coopératif, par ses réseaux entrecroisés, renferme des capacités à mobiliser dans trois sens, soit du bas vers le haut, entre les secteurs différents et entre secteurs et territoires. Le défi majeur consiste à créer une cohésion suffisamment porteuse qui croise le territorial et le sectoriel. Nous avons là une illustration des capacités de recherche-action dans un processus impliquant le mouvement coopératif dans une volonté de prendre un leadership face aux changements sociétaux.

Des 15 activités de recherche réalisées, trois mots clés ressortent qui sont des termes inséparables : le « multiservices », « intégrés » et « territorial ». Alors qu'un enjeu crucial d'avenir dans le domaine de la santé portera sur l'habitation pour les aînés, le multiservices est une voie à envisager en réponse à un ensemble de besoins, intégrés d'une part entre les différents secteurs de la vie de la personne ancrée sur le territoire vécu, et d'autre part, intégrés entre les différents échelons de territoire en permettant aux citoyens des communautés d'effectuer les choix qui les concernent.

Bibliographie

2007; Conseil de la science et de la technologie (CST), *Innovation sociale et innovation technologique. L'apport de la recherche en sciences sociales et humaines*, Québec.

2007; Réseau québécois en innovation sociale (RQIS); Rollin, Joannie et Vincent Valérie; *Acteurs et processus d'innovation sociale au Québec*; Université du Québec

1997; Santé Canada; *La santé au Canada: un héritage à faire fructifier*.

2005; Conseil québécois de la coopération et de la mutualité; *Positionnement et orientations du Conseil québécois de la coopération et de la mutualité en matière de santé*;

2004; Lamothe Lise et Girard Jean-Pierre. « *La contribution des coopératives de santé à l'offre de services de première ligne : liens avec le système public de santé et impacts socioéconomiques* », diffusé par le Conseil québécois de la coopération et de la mutualité.

2004; Rompré Michel *Recherche et analyse réalisées dans le cadre des travaux du comité santé du CQCM et de IDC du gouvernement fédéral.*

2004; Girard Jean-Pierre et Langlois Geneviève; *Problèmes et solutions au développement des coopératives dans le domaine de la santé*, sous la coordination du Conseil québécois de la coopération et de la mutualité.

2004; Sondage : *Desjardins Sécurité Financière, portant sur la santé*,(Canada et Qc)

2005; Péloquin Pierre; *Analyse économique de la présence de coopératives de santé sur un territoire d'appartenance : l'expérience de Saint-Étienne-des-Grès (1995-2001)* sous la coordination du Conseil québécois de la coopération et de la mutualité.

2005; Girard, Jean Pierre et Langlois Geneviève; *Les coopératives dans le domaine socio-sanitaire au Québec : résultat d'un sondage sur la perception des facteurs de succès et des causes d'échec*,

2006; Conseil québécois de la coopération et de la mutualité; Mémoire soumis au Collège des médecins portant sur les articles 72 et 73 du code de déontologie sur les relations entre médecins et pharmaciens.

2006; Conseil québécois de la coopération et de la mutualité; Commission parlementaire des Affaires sociales portant sur le document « Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficience et de qualité », et présenté aux membres de la commission.

2006; Institut du nouveau monde, *101 bonnes idées pour la santé : positions en faveur des cliniques coopératives*.

2005; Forum *La place des citoyens dans la gouverne de leur santé, une alternative à bâtir*; le 5 mai à Trois-Rivières.

2005; Girard, Jean-Pierre; *Développement de modèles d'affaires « grandes surfaces » dans la propriété et la gestion de cliniques de santé au Québec* (mars 2005)

2007; Forum sur les coopératives de santé : qui quoi et comment ? Conseil québécois de la coopération et de la mutualité

2007; Revue *l'Action nationale* Dossier spécial sur les cliniques coopératives de santé.

Publications de l'ARUC-Développement territorial et coopération

Série « Recherches »

- REC-01-2008 ARUC – Développement territorial et coopération (2008), *Programme préliminaire de recherche*, Cahiers de l'ARUC – Développement territorial et coopération, Série «Recherches» n° 1, septembre 2008, 32 pages.
- REC-02-2008 FAVREAU, L. (2008), *Coopératives et développement durable et solidaire des territoires : éléments d'une problématique*, Cahiers de l'ARUC – Développement territorial et coopération, Série «Recherches» n° 2, septembre 2008, 42 pages.
- REC-03-2008 BRASSARD, M.J. et M. ARTEAU (2008), *Coopératisme et développement territorial : quels liens?*, Cahiers de l'ARUC – Développement territorial et coopération, Série «Recherches» n° 3, septembre 2008, 30 pages.
- REC-04-2009 FAVREAU, L. (2009), *Développement des territoires, entreprises collectives et politiques publiques : Le bilan québécois de la dernière décennie*, Cahiers de l'ARUC – Développement territorial et coopération, Série «Recherches» n° 4, mai 2009, 24 pages.

Série « Études »

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

Série « Conférences »

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

Série « Débats et propositions »

Pour nous joindre :

Alliance de recherche universités-communautés
Développement territorial et coopération (ARUC-DTC)
Université du Québec à Rimouski
300, allée des Ursulines
C.P. 3300, Succ. A
Rimouski (Québec) G5L 3A1
(418) 723-1986 poste 1247
aruc-dtc@uqar.ca
<http://aruc-dtc.uqar.qc.ca>