

Table des matières

RÉSUMÉ	III
ABSTRACT	IV
TABLE DES MATIÈRES	V
LISTE DES FIGURES	VIII
LISTE DES TABLEAUX.....	IX
LISTE DES ABRÉVIATIONS	X
REMERCIEMENTS	XI
INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1 : OBJET D'ÉTUDE ET PROBLÉMATIQUE	4
1.1 BREF PORTRAIT DE LA COOPÉRATIVE DE SOLIDARITÉ SABSA	5
1.1.1 <i>Les origines de la Coopérative de solidarité SABSA.....</i>	5
1.1.2 <i>Un partenariat avec une équipe de chercheurs</i>	6
1.1.3 <i>Une entente pour le financement du projet pilote de clinique de proximité</i>	7
1.1.4 <i>Quelques caractéristiques du modèle.....</i>	8
1.1.5 <i>Situation relative à la pérennité de l'organisation.....</i>	10
1.2 MODELE COOPÉRATIF	11
1.2.1 <i>Éléments de classification.....</i>	12
1.2.2 <i>Les coopératives et l'économie sociale.....</i>	13
1.2.3 <i>Définitions des coopératives en santé et services sociaux</i>	14
1.2.4 <i>Différentes formules coopératives.....</i>	15
1.3 CARACTÉRISTIQUES SOUHAITABLES DES MODÈLES DE SOINS DE PREMIÈRE LIGNE	17
1.4 ÉMERGENCE ET DÉVELOPPEMENT DES COOPÉRATIVES EN SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX	20
1.4.1 <i>Perspective mondiale.....</i>	20
1.4.2 <i>La situation du Québec.....</i>	24
1.5 CONTRIBUTIONS DES COOPÉRATIVES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX À LA SANTÉ DES COMMUNAUTÉS	30
1.5.1 <i>Participation citoyenne.....</i>	30
1.5.2 <i>Vitalité du territoire et renforcement des services de première ligne.....</i>	31
1.6 DÉFIS ET ENJEUX INHÉRENTS DU MODÈLE COOPÉRATIF EN SANTÉ	32
1.6.1 <i>Participation des membres.....</i>	32
1.6.2 <i>Identité coopérative.....</i>	33
1.6.3 <i>Accessibilité, cotisations, parts sociales et vente de services.....</i>	34
1.6.4 <i>Stratégies d'avantages financiers et recrutement des médecins</i>	36
1.6.5 <i>Place des coopératives dans le système de santé et de services sociaux québécois</i>	37
1.7 SYNTHÈSES DE LA PROBLÉMATIQUE ET BUT DE L'ÉTUDE	38
1.8 OBJECTIF GÉNÉRAL, QUESTION DE RECHERCHE ET SOUS-QUESTIONS DE RECHERCHE	41

CHAPITRE 2 : RECENSION DES ÉCRITS.....	42
2.1 CONDITIONS D'ÉMERGENCE DES INITIATIVES ISSUES DE L'ÉCONOMIE SOCIALE.....	43
2.1.1 <i>La nécessité et la cohésion sociale comme double condition d'émergence</i>	44
2.1.2 <i>Perspective philosophique de l'origine du modèle coopératif</i>	49
2.1.3 <i>Contextes politiques et socioéconomiques récents</i>	51
2.1.4 <i>Les systèmes de santé et de services sociaux</i>	56
2.1.5 <i>Caractéristiques des acteurs et appuis au développement</i>	60
2.2 REGARD SUR LE CONTEXTE QUÉBÉCOIS	63
2.2.1 <i>Émergence de l'économie sociale et des coopératives de services à domicile</i>	63
2.2.2 <i>Émergence des coopératives de santé</i>	65
2.3 SYNTHÈSE DE L'ÉTAT DES CONNAISSANCES	68
2.4 PERTINENCE DE L'ÉTUDE.....	72
2.5 CADRE CONCEPTUEL	74
CHAPITRE 3 : DEMARCHE METHODOLOGIQUE	80
3.1 APPROCHE METHODOLOGIQUE	80
3.2 DEVIS DE L'ÉTUDE	81
3.3 UNE PERSPECTIVE MÉTHODOLOGIQUE INSPIRÉE D'UNE ÉPISTÉMOLOGIE DU PARTICULIER.....	82
3.4 LA SÉLECTION DES PARTICIPANTS À L'ÉTUDE.....	84
3.5 LA COLLECTE DES DONNÉES	85
3.5.1 <i>Entrevues semi-dirigées</i>	85
3.5.2 <i>Utilisation secondaire de données</i>	85
3.5.3 <i>Déroulement des entrevues réalisées dans le cadre de cette étude</i>	85
3.6 TRAITEMENT ET ANALYSE DES ENTREVUES INDIVIDUELLES	86
3.7 CONSIDÉRATIONS ETHIQUES.....	88
CHAPITRE 4 : RÉSULTATS	90
4.1 BREF PORTRAIT DES PARTICIPANTS.....	91
4.2 CONTEXTES D'ÉMERGENCE DE L'ORDRE DU MICROSOCIAL.....	92
4.1.1 <i>Les acteurs à l'origine de la création de SABSA</i>	92
4.1.2 <i>L'expérience professionnelle des membres fondateurs</i>	100
4.1.3 <i>Les origines de l'idée de créer une structure indépendante</i>	107
4.2 CONTEXTES D'ÉMERGENCE DE L'ORDRE DU MÉSOSOCIAL.....	111
4.2.1 <i>Le milieu</i>	111
4.2.2 <i>Les contextes institutionnels</i>	114
4.3 CONTEXTES D'ÉMERGENCE DE L'ORDRE DU MACROSOCIAL.....	116
4.3.1 <i>Les contextes politiques et socioéconomiques</i>	116
4.4 RETOUR SUR LE CAS : LA COOPÉRATIVE DE SOLIDARITÉ SABSA EN SOI	117
4.4.1 <i>Mission première</i>	117
4.4.2 <i>Second volet : clinique de proximité</i>	118
4.4.3 <i>Fonctionnement général de SABSA</i>	118
4.4.4 <i>Participation des membres</i>	119

4.4.5	<i>Relations avec le réseau</i>	121
4.4.6	<i>Distinction du modèle du point de vue des effets sur la santé</i>	122
4.5	DEUX PÉRIODES CHARNIÈRES : FACILITATEURS ET OBSTACLES LORS DE LA MISE SUR PIED DU PROJET (2011) ET EN CONTEXTE DE NÉGOCIATION POUR UN FINANCEMENT PÉRENNE ET PUBLIC (2016)	124
4.5.1	<i>Mise sur pied du projet (2011)</i>	125
4.5.2	<i>En contexte de négociation pour un financement pérenne et public (2016)</i>	128
CHAPITRE 5 : DISCUSSION		131
5.1	BREF RETOUR SUR LE CAS DE SABSA ET LE CADRE CONCEPTUEL.....	132
5.2	PRÉCISIONS RELATIVES AUX INDIVIDUS ET LEUR EXPÉRIENCE	132
5.2.1	<i>Influence des caractéristiques et du parcours professionnel et personnel des membres fondateurs</i>	132
5.2.2	<i>L'effet de la presque absence de facteurs dynamiques</i>	134
5.2.3	<i>Le souci de l'autre et la proximité comme motivations transversales</i>	135
5.2.4	<i>L'indignation et la révolte à l'origine d'une transformation</i>	136
5.3	PRÉCISIONS RELATIVES AUX CONTEXTES SOCIOÉCONOMIQUES ET POLITIQUES	138
5.3.1	<i>Le contexte socioéconomique des quartiers Saint-Sauveur et Saint-Roch</i>	138
5.3.2	<i>Les contextes socioéconomiques et politiques</i>	139
5.4	PRÉCISIONS RELATIVES À LA RÉPONSE INSTITUTIONNELLE.....	141
5.5	LA COOPÉRATIVE DE SOLIDARITÉ SABSA : UN RÉVÉLATEUR DES LACUNES DU SYSTÈME DE SANTÉ QUÉBÉCOIS	143
5.6	RÉFLEXION SUR LE CHOIX DU MODÈLE ET SON INSTRUMENTALISATION.....	144
5.7	RÉFLEXION SUR LA PLACE DES COOPÉRATIVES DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ QUÉBÉCOIS	145
CONCLUSION		148
REFERENCES		150
ANNEXE 1 : CADRE CONCEPTUEL DES VALEURS, PRINCIPES ET ÉLÉMENTS D'UN SYSTÈME DE SANTÉ AXÉ SUR LES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES		163
ANNEXE 2 : GRILLE D'ENTREVUE POUR LES MEMBRES FONDATEURS DE LA COOPÉRATIVE DE SOLIDARITÉ SABSA		164
ANNEXE 3 : AUTORISATION DE SABSA POUR LA RÉALISATION DU PROJET DE MÉMOIRE		167
ANNEXE 4 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR L'UTILISATION SECONDAIRE DES DONNÉES DU PROJET SABSA		168
ANNEXE 5 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LES MEMBRES FONDATEURS DE LA COOPÉRATIVE DE SOLIDARITÉ SABSA		170

Liste des figures

Figure 1 : Cadre conceptuel des contextes favorisant l'émergence d'initiatives coopératives dans le domaine de la santé et des services sociaux.....	74
Figure 2 : Étude de cas avec niveaux d'analyse imbriqués	81
Figure 3 : Le processus d'analyse des données.....	86
Figure 4 : Cadre conceptuel des valeurs, principes et éléments d'un système de santé axé sur les soins de santé primaires	163

Liste des tableaux

Tableau 1: Résumé des conditions de l'exercice des coopératives dans le champ de la santé 79

Liste des abréviations

AQESSS : Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux

CIUSSS: Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux

CLSC : Centre local de services communautaires

EÉSSAD : Entreprises d'économie sociale en aide à domicile

ESPI: Équipes de Soins Primaires Intégrés

FCSDSQ : Fédération des coopératives de services à domicile et de santé du Québec

FIQ: Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec

FMOQ : Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

GMF: Groupe de médecine familiale

IPSPL : Infirmière praticienne spécialisée en première ligne

MSSS: Ministère de la Santé et des Services sociaux

OCDE : Organisation de coopération et de développement économique

OMS : Organisation mondiale de la Santé

ONG : Organisation non gouvernementale

OPS : Organisation panaméricaine de la Santé

OSBL : Organisme sans but lucratif

RAMQ : Régie de l'assurance maladie du Québec

RLSSS : Réseau local de santé et de services sociaux

SABSA : Services à bas seuil d'accessibilité

SSP : Soins de santé primaires

VHC: Virus de l'hépatite C

Remerciements

Je tiens d'abord à exprimer toute ma gratitude à mon directeur, Bernard Roy. Merci de m'avoir fait découvrir ce qui est devenu l'objet de cette étude et d'avoir partagé ton enthousiasme. Merci également pour le temps que tu m'as consacré, pour ta patience et ton soutien constant. Ton vif esprit d'analyse et tes commentaires constructifs ont considérablement nourri mes réflexions tout au long de ce parcours. Je suis aussi très reconnaissante des opportunités dont tu m'as fait bénéficier, enrichissant mon parcours de savoirs et contribuant à ma progression en tant qu'étudiante-chercheuse.

À Damien Contandriopoulos également, mon codirecteur, qui malgré la distance a su me guider avec justesse. Tu m'as amenée à me poser des questions essentielles et à remettre en question des argumentaires. Les lectures que tu m'as proposées m'ont permis de porter un regard plus précis et critique sur des notions qui m'étaient peu familières. Tout cela m'a permis de pousser mon raisonnement et ma réflexion ainsi que d'élargir mon regard sur des phénomènes qui m'animent.

Je tiens également à remercier les personnes qui ont participé aux entrevues sans qui ce projet ne serait rien. Merci d'avoir partagé généreusement votre parcours, vos expériences et vos impressions. Votre discours a été d'une grande inspiration pour moi, tant pour mon expérience en recherche que personnellement. Merci énormément aussi à toute l'équipe de la Coopérative de solidarité SABSA pour son accueil chaque fois chaleureux et sa confiance.

À Laurence Guillaumie. Merci pour toutes les opportunités de travail que tu m'as offertes tout au long de ma maîtrise. Les apprentissages dont j'ai pu en tirer profit ont enrichi ma façon de penser ce mémoire de même que mes connaissances et ma façon de travailler tout simplement. Tu as su m'amener à réfléchir à des questions chères à mon cheminement.

À Nicolas Vonarx. Merci pour tes enseignements qui ont amplement guidé mon parcours universitaire. Merci également pour ton avis constructif qui m'a aidé à orienter mes réflexions et à développer ce mémoire.

Tout ce que vous avez partagé avec moi teinte d'une certaine façon ce que je suis devenue ainsi que ma façon de regarder et de penser le monde.

Introduction

Au cours de l'été 2015, j'ai eu l'opportunité de contribuer en tant qu'auxiliaire de recherche à une étude sur la Coopérative de solidarité SABSA, intitulée « Description du processus d'implantation et du fonctionnement d'une clinique de proximité en soins infirmiers dans la Ville de Québec : le cas de la Coopérative de solidarité SABSA ». Ma contribution incluait entre autres l'animation mensuelle d'entrevues de groupe composé d'acteurs-clés de SABSA de juin 2015 à novembre 2016. Ces rencontres visaient à documenter le processus d'implantation et le fonctionnement de l'organisation.

À la suite de quelques-unes de ces entrevues, mes réflexions personnelles se sont orientées vers la formule coopérative adoptée par les fondateurs de SABSA. Ne possédant que très peu de connaissances sur cette forme légale et ne sachant pas ce qu'elle pouvait impliquer dans le domaine de la santé et des services sociaux, je me suis penchée sur le phénomène qu'est le développement de coopératives dans le champ de la santé et des services sociaux. Mes lectures m'ont portée vers des questionnements concernant la situation de ce modèle dans le monde et dans le domaine de la santé et des services sociaux ainsi que les contextes qui favorisent l'émergence de coopératives, notamment dans une province où le système de santé est public. Ces lectures m'ont également permis d'appréhender l'ampleur du mouvement et de temporaliser plus précisément son développement. Les coopératives offrant des services dans le champ de la santé et des services sociaux représentent un phénomène plutôt marginal même si elles ne sont pas nouvelles dans le paysage sociosanitaire. Une multiplication de ce modèle est toutefois observée dans le monde depuis la fin des années 1980 (Nations Unies, 1998).

Cette expérience en tant qu'auxiliaire de recherche, les lectures ainsi que les réflexions qui en ont découlé, de même que les idées des directeur et codirecteur de ce mémoire, m'ont progressivement amenée à préciser le sujet de ce mémoire et à l'orienter vers le contexte qui favorise, de façon générale, l'émergence des coopératives de santé et services sociaux et, de façon plus précise, la Coopérative de solidarité SABSA. Cette étude se penche donc sur les origines de cette coopérative située en Basse-Ville de Québec, les fondements de sa création, sa raison d'être. Se centrant sur le cas unique que représente la Coopérative de solidarité SABSA à Québec, l'objectif général de cette étude est de comprendre le contexte ayant favorisé son émergence.

Précisons que cette étude cherchera à mieux comprendre les racines d'une réalité, d'un phénomène observable. L'objectif n'est donc pas de débattre sur le bien-fondé du développement des coopératives ou du choix de ce modèle dans le domaine de la santé et des services sociaux, bien qu'il s'agisse d'une question pertinente. Ce mémoire est également centré sur le modèle coopératif nonobstant le fait que d'autres modèles portent des caractéristiques comparables.

Le premier chapitre de ce mémoire brosse un bref portrait de l'objet de cette recherche, soit la Coopérative de solidarités SABSA. Il s'attelle ensuite à déclinier la problématique des coopératives en présentant ce modèle sous l'angle de sa position en regard des autres types d'entreprises et du champ de l'économie sociale, ses fondements et son fonctionnement en santé et de services sociaux. Les caractéristiques de ce modèle sont ensuite mises en parallèle avec les caractéristiques considérées souhaitables pour les modèles et les équipes qui offrent des services de première ligne par le biais des composantes du cadre conceptuel des équipes et des systèmes de santé axés sur des soins de santé primaires. S'ensuit une présentation des éléments contextuels entourant l'émergence et le développement du mouvement coopératif en santé et services sociaux. Un aperçu des contributions possibles de ces organisations dans une perspective de l'amélioration de la santé des communautés, puis des défis et enjeux inhérents de ce modèle est proposé. La présentation de l'objectif général de ce mémoire et des questions de recherche conclut ce chapitre.

Le second chapitre présente les résultats d'une recension des écrits sur les contextes favorisant l'émergence du modèle coopératif et plus largement des initiatives de l'économie sociale. La pertinence de l'étude est ensuite abordée et est suivie par un cadre conceptuel développé à partir de la recension des écrits. Ce cadre conceptuel oriente l'analyse et la présentation des résultats.

Le troisième chapitre est consacré à la démarche méthodologique adoptée. Le devis choisi est une étude qualitative de cas unique avec niveaux d'analyse imbriqués s'inspirant d'une épistémologie du particulier. Les données utilisées comprennent des entretiens semi-dirigés avec les cinq membres fondateurs de la Coopérative de solidarité SABSA et les transcriptions d'entrevues menées auprès des mêmes personnes en 2014 dans le cadre de la recherche « Description du processus d'implantation et de fonctionnement d'une clinique de proximité en soins infirmiers dans la ville de Québec : le cas de la Coopérative SABSA ».

S'ensuit un chapitre présentant les résultats de l'analyse des données. Ces résultats sont présentés selon les niveaux d'analyse déterminés dans le cadre conceptuel développé tel que suggéré par Yin (2009). Tout au long de ce chapitre sont intégrés des éléments de comparaison avec le cadre conceptuel.

Le cinquième chapitre propose une discussion principalement orientée vers les spécificités que présente le cas de la Coopérative de solidarité SABSA en regard des connaissances établies. Il se conclut par une réflexion sur le sens de l'émergence de SABSA, sur le choix du modèle et de son instrumentalisation et sur la place des coopératives dans le domaine de la santé au Québec.

Chapitre 1 : Objet d'étude et problématique

Ce premier chapitre vise à cerner la problématique sur laquelle porte mon étude. Un bref portrait de la Coopérative de solidarité SABSA sera d'abord brossé afin de mieux comprendre l'objet de cette recherche. Ensuite, pour mieux appréhender la nature et les fondements de la forme légale de cette organisation, une classification, une brève esquisse du champ de l'économie sociale dans lequel le modèle coopératif s'inscrit, des définitions ainsi que différentes formules coopératives du domaine de la santé et des services sociaux seront présentées. Dans l'intention d'avoir un aperçu des caractéristiques pouvant être considérées comme souhaitables pour des équipes et des modèles de soins offrant des services de première ligne, les composantes du cadre conceptuel des équipes et des systèmes de santé axés sur des soins de santé primaires seront également exposées. Les contextes ayant favorisé l'émergence et le développement du mouvement coopératif en santé et services sociaux seront par la suite présentés brièvement dans une perspective mondiale, puis locale, au moyen de la situation propre à la province de Québec. Suivront les contributions de ces organisations sur le plan de la santé des communautés ainsi que les défis et les enjeux auxquels elles font face. Une synthèse de la problématique clôturera dans un dernier temps ce chapitre, suivie de l'objectif général de l'étude, de la question de recherche ainsi que des sous-questions.

Précisons finalement d'entrée de jeu que bien que ce mémoire se restreigne au modèle coopératif, d'autres modèles, comme les organismes sans but lucratif (OSBL), certaines organisations non gouvernementales (ONG) ainsi que les cliniques communautaires et les centres locaux de services communautaires (CLSC) dans leur forme originelle (voir section 1.4.2.3), partagent nombre de caractéristiques, de valeurs et de principes avec le modèle coopératif. Il en est de même pour certaines entreprises privées qui ont en commun avec les coopératives, dans leur forme idéale, un ancrage communautaire ou une finalité sociale (voir section 1.2.1).

1.1 Bref portrait de la Coopérative de solidarité SABSA

Les années 2015 et 2016 ont été mouvementées pour la petite équipe de la Coopérative de solidarité SABSA qui s'efforçait d'assurer la pérennité de son volet clinique de proximité créé en 2014 et dont le financement venait à échéance. Cette situation précaire, de même que la démonstration de la pertinence et de l'efficacité de l'offre de services de SABSA et du refus initial du ministère de la Santé et des Services sociaux de financer les activités de cette structure indépendante ont mobilisé l'attention des médias et de plusieurs acteurs (partis de l'opposition, chercheurs, acteurs de milieu communautaire, professionnels de la santé). Cette section propose un bref portrait de cette initiative, de sa création à sa situation actuelle.

1.1.1 Les origines de la Coopérative de solidarité SABSA

La Coopérative de solidarité SABSA (pour services à bas seuil d'accessibilité¹) est une coopérative de solidarité de santé créée en décembre 2011 à l'initiative de cinq membres fondateurs provenant du domaine des soins infirmiers et du travail social. Ces derniers se sont sentis interpellés par l'ampleur que prenaient l'hépatite C (VHC) et le VIH-SIDA au sein des populations plus vulnérables de la Basse-Ville de Québec ainsi que par le manque de services médicaux et psychosociaux mis à leur disposition (Contandriopoulos, Duhoux, Perroux, et al., 2015; Coopérative de solidarité SABSA, 2017a).

À l'origine, la coopérative avait pour mandat le développement d'une offre de services complémentaires au réseau public dans le but de favoriser l'accès à des soins de santé de qualité à l'intention de personnes désaffiliées pour différentes raisons (Contandriopoulos, Duhoux, Perroux, et al., 2015). Certaines sont en attente de l'attribution d'un médecin de famille, d'autres éprouvent de la difficulté à naviguer à l'intérieur du réseau ou ne se sentent pas à l'aise dans les structures classiques de soins de santé.

Partageant un grand désir d'autonomie, les membres fondateurs de la coopérative sont activement impliqués sur le plan de l'organisation des services et de la gestion de la structure (Contandriopoulos, Duhoux, Perroux, et al., 2015). Le modèle élaboré par l'équipe suppose que tous les membres aient la possibilité de participer au développement de l'organisation, favorisant une offre de soins fondée sur

¹ Sont originellement nommés « services à bas seuil d'accessibilité », les services organisés de façon à éliminer le plus possible les contraintes liées à leur accès (ex. contraintes administratives, financières, d'accessibilité physique), notamment pour les Québec personnes les plus vulnérables.

la collégialité (Contandriopoulos, Duhoux, Perroux, et al., 2015). En optant pour le type « solidarité », la Coopérative SABSA regroupe à la fois des membres travailleurs, des membres utilisateurs des services et des membres de soutien (Coopérative de solidarité SABSA, 2017b). Le coût pour devenir membre est fixé à 10 \$ à vie, soit le prix minimum d'une part sociale prescrite par la *Loi sur les coopératives* (Hébert et Prémont, 2010; LégisQuébec, 2017). L'adhésion à la coopérative n'est toutefois pas une condition obligatoire pour accéder aux soins (Contandriopoulos, Duhoux, Perroux, et al., 2015).

Bien que les services qu'elle offre reposent sur une équipe interdisciplinaire, SABSA constitue un modèle qui s'appuie avant tout sur le travail infirmier. Ainsi, ce modèle ne bénéficie pas des subventions étatiques comme le sont les équipes de médecins qui se rassemblent en Groupe de médecine familiale (GMF) (MSSS, 2017b). La coopérative fonctionne alors grâce au bénévolat des intervenants, aux dons, aux collectes de fonds et aux contributions volontaires. Précisons que la Coopérative de solidarité SABSA est un organisme sans but lucratif qui n'est pas un organisme de bienfaisance enregistré. Elle ne peut donc pas remettre de reçus officiels de dons pour les impôts.

Plusieurs partenariats, notamment avec des compagnies pharmaceutiques et des professionnels de la santé, viendront soutenir l'organisation dès 2012. Entre 2011 et 2014, les professionnelles à l'origine de SABSA auront assuré un suivi et facilité l'accès aux traitements à près de 200 personnes atteintes principalement du VHC et du VIH (Contandriopoulos, Duhoux, Perroux, et al., 2015). Au cours de ces années, observant les besoins criants des quartiers de la Basse-Ville de Québec en termes de soins de première ligne (Coopérative de solidarité SABSA, 2017a) dans un contexte de départ massif à la retraite chez les médecins et leur remplacement difficile (Amar et Dussault, 2012), les fondateurs de la Coopérative projettent d'élargir la mission de SABSA afin d'étendre l'offre de soins de santé de première ligne à la population des quartiers Saint-Sauveur et Saint-Roch (Contandriopoulos, Duhoux, Perroux, et al., 2015).

1.1.2 Un partenariat avec une équipe de chercheurs

En 2014, à la suite de contacts avec des chercheurs du projet de recherche interuniversitaire ESPI (Équipes de Soins Primaires Intégrés), la Coopérative s'intègre à l'un des projets pilotes de soins de

première ligne étudiés en développant un volet « clinique de proximité ». Le projet de recherche ESPI a pour objectif de « [...] développer des connaissances sur les caractéristiques, le fonctionnement et les effets de modèles de soins primaires reposant sur une prise en charge interdisciplinaire » (Contandriopoulos, Duhoux, Perroux, et al., 2015, p. 7). Pour atteindre ledit objectif, le projet ESPI soutient et évalue des projets pilotes de soins de première ligne dont la particularité est de reposer sur une pratique interdisciplinarité poussée, sur un rôle infirmier étendu et sur une pratique de groupe qui implique que l'équipe interdisciplinaire traite conjointement les patients, qu'elle partage les ressources ainsi que les responsabilités (Contandriopoulos, Duhoux, Roy, et al., 2015). Ce partenariat mènera à la publication d'un rapport préliminaire en 2015 (Contandriopoulos, Duhoux, Perroux, et al., 2015), puis à sa mise à jour en 2016 (Duhoux, Contandriopoulos, Roy, Laroche et Mattmann, 2016).

Simultanément, une équipe de la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval se donne pour mandat de décrire le développement de l'offre de soins de SABSA et de documenter le processus d'implantation du volet clinique de proximité dans le cadre d'une recherche-action intitulée « Description du processus d'implantation et de fonctionnement d'une clinique de proximité en soins infirmiers dans la ville de Québec : le cas de la Coopérative SABSA ».

1.1.3 Une entente pour le financement du projet pilote de clinique de proximité

Le partenariat avec l'équipe de recherche ESPI est également à l'origine d'une entente entre SABSA et la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ)² (Contandriopoulos, Duhoux, Perroux, et al., 2015). Suite à une réflexion sur les lacunes du système de santé québécois entamée en 2008, la FIQ avait officiellement lancé au début de l'année 2014 la mise en chantier de nouveaux modèles de soins et de services de proximité administrés de façon démocratique et permettant aux professionnels de la santé de déployer leur plein potentiel (FIQsanté, 2014). Entre temps, la FIQ avait également offert son soutien sur le terrain au projet de recherche ESPI si des opportunités venaient à se présenter (Contandriopoulos, Duhoux, Perroux, et al., 2015). Il s'avère que le projet pilote de

² La Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ) est une organisation syndicale regroupant près de 75 000 membres en soins infirmiers (infirmières et infirmières auxiliaires) et cardiorespiratoires (inhalothérapeutes et perfusionnistes cliniques).

clinique de proximité de soins infirmiers de SABSA correspond parfaitement aux orientations de la Fédération.

SABSA obtient ainsi une entente avec la FIQ qui offre un soutien financier de 150 000 \$ pour un an d'activité. Ce soutien financier permet à la coopérative de développer la clinique de proximité qui ouvre ses portes dès l'automne 2014 en plus de maintenir son mandat initial (Contandriopoulos, Duhoux, Perroux, et al., 2015; Coopérative de solidarité SABSA, 2017a). Le nouveau volet a pour mission d'offrir des soins de santé de première ligne à la communauté des quartiers Saint-Roch et Saint-Sauveur de la Basse-Ville de Québec et s'adresse plus particulièrement aux personnes qui éprouvent des difficultés à accéder au réseau de la santé et des services sociaux. À l'aide de ce financement qui sera renouvelé en 2015 ainsi que d'autres subventions significatives³, le fonctionnement de la clinique de proximité et le salaire des employés est assuré jusqu'au 1^{er} mai 2016.

1.1.4 Quelques caractéristiques du modèle

La Coopérative de solidarité SABSA est particulièrement novatrice du fait qu'elle met à profit le rôle de l'infirmière praticienne spécialisée en première ligne (IPSPL)⁴, et ce, sans la présence de médecins directement sur place (Contandriopoulos, Duhoux, Perroux, et al., 2015; Coopérative de solidarité SABSA, 2017a). Outre l'IPSPL qui effectue la majorité des consultations (83 %) (Duhoux et al., 2016), les soins et les services offerts sont assurés par des infirmières, une intervenante psychosociale et d'autres professionnels de la santé. Très peu de modèles au Canada poussent aussi loin la prise en charge infirmière et interdisciplinaire (Contandriopoulos, Duhoux, Perroux, et al., 2015).

³ Les subventions les plus significatives proviennent de Desjardins Sécurité Financière (une composante du Mouvement des caisses Desjardins qui est également le plus grand groupe financier sous forme de coopérative au Canada) et de la Congrégation des Sœurs de la Charité de Québec (une organisation religieuse).

⁴ Au Québec, les infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne sont des infirmières qui ont réalisé une formation universitaire de second cycle leur permettant entre autres de prescrire des médicaments et des traitements médicaux, des tests diagnostiques et d'effectuer certaines interventions invasives. Cette pratique avancée en soins infirmiers a essentiellement été créée pour améliorer l'accès aux soins de première ligne et le suivi des personnes présentant des problèmes de santé chroniques. Elle s'inscrit plus largement dans un contexte d'évolution de la pratique infirmière avancée dans la province de Québec (AIPSQ, 2015). À SABSA, ce rôle « élargi » permet à l'infirmière d'assurer la globalité des soins.

La mission et les objectifs de la Coopérative de solidarité SABSA sont présentés comme suit sur son site web (Coopérative de solidarité SABSA, 2017a) :

- Offrir des soins et des services de santé de proximité adaptés à la clientèle vulnérable par une équipe multidisciplinaire ;
- Améliorer et favoriser l'accès à des soins et des services de santé préventifs ou curatifs ;
- Responsabiliser les personnes face à leur santé ;
- Favoriser le mouvement coopératif auprès de nos membres.

Pour atteindre ces objectifs et répondre aux multiples besoins de la population qu'elle dessert, la coopérative a tissé de nombreux partenariats et ententes avec différents professionnels de la santé en plus de collaborer avec des organismes communautaires du territoire, ayant pour effet la création de corridors de services et une prise en charge interdisciplinaire du patient. Les services offerts par la coopérative comprennent des soins primaires courants, de la prévention, du dépistage et de l'éducation (Contandriopoulos, Duhoux, Perroux, et al., 2015). L'intégration des soins et des services développée par la petite équipe de santé primaire dont le centre de gravité est l'IPSPL est atypique au Québec. Une telle intégration ne se retrouve en fait dans aucun des modèles de soins de première ligne mis en place dans la province (centres locaux de services communautaires, groupes de médecine familiale, cliniques réseau) (Contandriopoulos, Duhoux, Perroux, et al., 2015; Duhoux et al., 2016). Le modèle développé par SABSA permet en outre une accessibilité importante, surtout pour les personnes plus vulnérables – notamment celles qui vivent avec des problèmes de santé mentale et/ou l'hépatite C, co-infectées ou non avec le VIH-SIDA – et, de façon générale, pour les citoyens des quartiers Saint-Roch et Saint-Sauveur qui éprouvent de la difficulté à accéder au réseau de la santé et de services sociaux (Duhoux et al., 2016).

Les rapports préliminaires publiés par l'équipe de recherche ESPI ont montré que SABSA est un modèle efficient⁵ sur le plan des ressources utilisées, de l'accessibilité ainsi que de la globalité et de la continuité des soins. Moins de 5% des consultations réalisées par les infirmières sont d'ailleurs référées vers des professionnels de la santé externes, révélant une capacité de prise en charge substantielle des besoins de soins par la petite organisation (Contandriopoulos, Duhoux, Perroux, et al., 2015; Duhoux et al., 2016). La Coopérative de solidarité SABSA offre par surcroît des soins adaptés à une clientèle non rejointe

⁵ La définition de la notion d'efficacité utilisée dans le rapport préliminaire de 2015 est celle de l'efficacité technique qui « vise la minimisation des coûts pour un résultat donné ». L'efficacité est ainsi définie comme « le ratio entre la qualité des soins et l'utilisation des ressources » (Contandriopoulos, Duhoux, Perroux, et al., 2015, p. 14).

par les cliniques de première ligne. En ce sens, les soins et services qu'elle procure se distinguent de ceux offerts par les autres cliniques de première ligne des environs. Ainsi, la coopérative ne participe pas à une multiplication inutile des points d'accès sur un même territoire (Duhoux et al., 2016).

1.1.5 Situation relative à la pérennité de l'organisation

Le mécénat duquel dépend la coopérative pour la pérennité de ses activités concourt à l'insécurité financière de la petite organisation de même qu'à une sorte de dépendance vis-à-vis des donateurs. La subvention de la FIQ assurant le fonctionnement de l'organisation jusqu'au 1^{er} mai 2016, la coopérative devait entre temps trouver d'autres sources de financement afin de poursuivre le mandat qu'elle s'était donné⁶. Plusieurs demandes de subvention ont été effectuées à cet effet.

Parallèlement, SABSA poursuit des démarches entreprises l'été 2015 auprès du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) dans l'optique d'établir un partenariat avec le réseau local de santé et de services sociaux (RLSSS) et lance une campagne de sociofinancement. La petite coopérative fait également l'objet de plusieurs articles de presse, reportages radiophoniques et télévisés. Sa visibilité médiatique atteint son apogée à la suite de deux conférences de presse : celle de mars 2016 qui fait part de la survie compromise du volet clinique de proximité faute de financement ainsi que celle d'avril 2016 qui partage les résultats de la mise à jour du rapport préliminaire par l'équipe de recherche ESPI et qui réitère la situation précaire de la clinique de proximité. Les acteurs ayant participé à ces conférences de presse ont également interpellé à nouveau le MSSS en vue d'assurer la pérennité de cette initiative.

Cette médiatisation a largement contribué à faire connaître la coopérative dans la région de Québec et, à moindre échelle, dans le reste de la province. La campagne de sociofinancement a permis de réunir un peu plus de 250 000\$ (dont 130 000\$ proviennent d'un donateur anonyme) tandis que les discussions avec le ministère ainsi que le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux

⁶ Les informations contenues dans cette section proviennent de rencontres de groupe composé d'acteurs-clés que j'ai animées entre juin 2015 et novembre 2016 dans le cadre de la recherche « Description du processus d'implantation et du fonctionnement d'une clinique de proximité en soins infirmiers dans la Ville de Québec : le cas de la Coopérative de solidarité SABSA » et plus précisément du volet visant à documenter le processus d'implantation et le fonctionnement de l'organisation. Plusieurs articles de presse, provenant notamment des quotidiens Le Devoir, Le Journal de Québec et Le Soleil, relatent également les événements entourant la pérennité de la clinique de proximité de SABSA.

(CIUSSS) de la Capitale-Nationale ont finalement abouti à une entente. Entérinée au cours de l'été, cette entente doit, dès septembre 2016, permettre d'assurer le salaire de l'IPSPL, d'un travailleur social et l'approvisionnement du matériel nécessaire pour dispenser les soins, tout en permettant à l'organisation de conserver son autonomie et son identité. Cette subvention provenant du CIUSSS octroyée à une organisation telle que SABSA nous porte à nous interroger sur les raisons pour lesquelles d'autres projets similaires (ex. clinique communautaire de proximité dans Montréal-Nord (FIQsanté, 2017; Porter, 2017)), qui reposeraient également sur les principes du système de santé public et qui subviendraient aux besoins de santé des populations non rejointes par le réseau, ne seraient pas également financés. Mentionnons en dernier lieu que cette entente entre SABSA et le CIUSSS ne couvre pas tous les salaires des employés et les frais nécessaires au fonctionnement de l'organisation. La petite coopérative poursuit donc la recherche de subventions essentielles à la rémunération des autres employées (coordinatrice, réceptionniste, infirmière clinicienne, intervenante psychosociale) et au financement des locaux.

1.2 Modèle coopératif

Cette section aborde le sujet des coopératives dans l'intention de situer et de définir ce modèle ainsi que les différentes formules existantes dans le domaine de la santé et des services sociaux tout en survolant les règles et les principes qui l'encadrent. Dans les limites de cette étude, les coopératives de santé sont prises en compte de même que les coopératives de services sociaux. Ces dernières sont considérées, quoique dans une moindre mesure, dans la perspective où la coopérative de solidarité SABSA offre des soins et services qui reposent sur du travail social en plus des soins infirmiers. Comme mentionné plus haut, les services d'une intervenante psychosociale et d'un travailleur social sont disponibles et l'approche globale adoptée par les professionnels de la santé vise à répondre à l'ensemble des besoins de la personne. Ainsi, le suivi assuré à SABSA intègre la santé physique, la santé mentale ainsi que la dimension psychosociale (Contandriopoulos, Duhoux, Perroux, et al., 2015). Ce choix est également cohérent avec l'étude des Nations Unies (1998)⁷, *L'entreprise*

⁷ Cette étude prend en considération les coopératives de services sociaux en raison des déterminants de la santé dont tient compte l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et de l'incidence que ces services ont sur la santé.

*coopérative dans les secteurs de la santé et des services sociaux. Une étude à l'échelle mondiale, de même qu'avec le Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants (MSSS, 2010)*⁸.

1.2.1 Éléments de classification

En nous appuyant sur les taxonomies de Starr (1988) et de Saltman (2003), nous situons le modèle coopératif dans le secteur privé. La classification de Starr (1988) inclut dans le secteur privé autant les entreprises commerciales que les coopératives, les associations bénévoles, les activités domestiques ou informelles et les OSBL. Quant au secteur public, il renferme les organisations appartenant à l'État de même que les instances qui sont administrées en tant qu'élément de l'État. Saltman (2003) apporte une précision supplémentaire en dissociant les organisations privées selon qu'elles s'orientent principalement vers la génération de profit (à but lucratif) ou vers leur mission (sans but lucratif)⁹. Le modèle coopératif appartient ainsi, considérant ces classifications, au secteur privé à but non lucratif. Il constitue en ce sens une forme de privatisation de la prestation des services (Albrecht, 2009).

Toutefois, selon André, Batifoulier et Jansen-Ferreira (2016) et Starr (1988), identifier une organisation comme privée ou publique reste insuffisant pour préciser sa forme ou sa relation avec l'État. Dans cette optique, et en vue d'illustrer ce raisonnement, on peut avancer que la Coopérative de solidarité SABSA relève du privé, entendu qu'elle n'est pas administrée par l'État, que les soins de santé offerts ne sont pas dispensés par l'État et qu'elle est en partie financée par des institutions et des individus. On peut également suggérer qu'elle repose sur des caractéristiques issues du secteur public considérant qu'une portion de son financement est étatique et que les principes à la base de l'organisation respectent des principes fondamentaux du système de santé public (accessibilité et universalité).

Dans le même ordre d'idée, ce qui rapproche et distingue un type d'organisation issue d'une même catégorie peut être plus complexe qu'il ne le semble à première vue. Starr (1988) rapporte l'exemple

⁸ Ce cadre conceptuel regroupe les services sociaux et la santé dans un même système qui découle des cadres politiques et des valeurs d'une société. De même, la santé et les services sociaux sont chapeautés par le même ministère au Québec depuis l'adoption de la première Loi sur les services de santé et les services sociaux en 1971 suite aux recommandations issues du rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social (Commission Castonguay-Nepveu).

⁹ On peut considérer qu'il existe une multitude de variations entre les entreprises pleinement orientées vers le profit et celles avant tout orientées vers leur mission. Il existe par exemple des entreprises à but lucratif qui incluent une composante sociale importante ou des entreprises issues de l'économie sociale qui vendent leurs services au même prix que le secteur privé à but lucratif.

des petites organisations privées issues des communautés locales et travaillant de pair avec la communauté dans le déploiement de leurs services qui se trouvent en nette opposition avec les volumineuses organisations orientées vers le profit et loin des communautés qu'elles servent. Dans cette optique, selon l'auteur, certaines filières de maisons de repos issues du privé sont susceptibles de se trouver à être tout aussi aliénantes que peuvent l'être certaines mégastructures issues du secteur public. De même, on peut avancer que les petites coopératives locales bien ancrées dans la communauté qu'elles servent ressemblent parfois bien plus à de petites entreprises de quartier à but lucratif qu'à de grandes coopératives dont l'identité et les principes originels se sont quelque peu perdus au cours de leur évolution (voir section 1.6.2).

1.2.2 Les coopératives et l'économie sociale

Les activités exercées par les coopératives sont plus largement comprises dans le secteur de l'économie sociale. Ce dernier regroupe également les activités d'autres entreprises ou organismes, surtout sous forme de mutuelles et d'OSBL (Giroux, 2008) ou, encore, d'associations (Groupe de travail sur l'économie sociale, 1996). L'économie sociale peut être décrite de façon générale comme une forme organisationnelle provenant de la société civile et des mouvements sociaux qui met l'accent sur une diversité d'activités économiques (Chouinard et Fairbairn, 2002). Dans le rapport *Osons la solidarité* déposé en 1996, le groupe de travail sur l'économie sociale définit ce qui est également nommé tiers secteur ou économie solidaire¹⁰ comme un domaine qui regroupe à la fois des activités et des organismes provenant de l'entrepreneuriat collectif et pouvant se développer dans tout secteur qui tente de répondre aux besoins de la population et de la collectivité. Ce domaine comprend les mouvements coopératif et mutualiste ainsi que les associations. Ces activités et organismes

¹⁰ Le concept d'économie sociale est parfois présenté sous le vocable « économie sociale et solidaire ». Alors que certains auteurs choisissent de distinguer l'économie sociale de l'économie solidaire. Vaillancourt et Favreau (2000), comme la plupart des chercheurs au Québec, choisissent de ne pas opposer ces notions, mais d'apporter une distinction sur la base des différentes générations de coopératives qui se sont développées au courant des époques. Ainsi, pour désigner la nouvelle génération de coopératives, soit celles qui sont apparues à partir des années 1970, les auteurs font référence à la « nouvelle économie sociale ». Les éléments qui diffèrent d'une génération de coopérative à une autre sont identifiés comme étant les demandes sociales auxquelles les coopératives cherchent à répondre, les acteurs qui les animent et la volonté explicite de changement social (Vaillancourt et Favreau, 2000, p. 3). La plupart des auteurs font néanmoins référence à l'économie « sociale ».

s'articulent autour de principes et de règles de fonctionnement¹¹ (Groupe de travail sur l'économie sociale, 1996). L'économie sociale se base notamment sur des valeurs de solidarité, d'autonomie et de citoyenneté. Cette définition large faciliterait l'inclusion de différentes formes d'entreprises d'économie sociale qui apparaissent au gré des époques (Giroux, 2008).

1.2.3 Définitions des coopératives en santé et services sociaux

L'Alliance coopérative internationale (2017) suggère une définition de la notion de coopérative qui est reconnue à l'échelle internationale : « une coopérative est une association autonome de personnes volontairement rassemblées en vue de réaliser leurs aspirations et de satisfaire leurs besoins économiques, sociaux et culturels communs au travers d'une entreprise gérée de manière démocratique et détenue collectivement ». Les membres d'une coopérative partageraient un sens de l'éthique basé sur l'honnêteté, l'ouverture, la responsabilité sociale et le souci de l'autre. Ce modèle repose fondamentalement sur des valeurs d'entraide, de responsabilité individuelle, de démocratie, d'égalité, d'équité et de solidarité. Accompagnent également cette définition sept principes coopératifs: 1) l'adhésion volontaire et ouverte à tous, 2) le pouvoir démocratique exercé par les membres, 3) la participation économique des membres, 4) l'autonomie et l'indépendance, 5) l'éducation, la formation et l'information, 6) la coopération entre les coopératives et 7) le souci de la communauté.

Le Conseil québécois de la coopération et de la mutualité a développé une définition de la coopérative qui offre des services dans le domaine de la santé. Cette définition met en évidence les liens entre l'identité coopérative et le mandat que l'entreprise se donne dans le secteur de la santé. Selon cette définition, une coopérative de santé est « [...] une entreprise collective qui produit des services pour promouvoir, maintenir et améliorer l'état de santé et les conditions de vie des communautés, tout en impliquant ses membres à l'organisation des services sur une base décisionnelle. La participation démocratique, l'égalité, la gestion collective, qui caractérisent la coopérative, sont des conditions

¹¹ Selon ce rapport, les principes et les règles de fonctionnement sont les suivants : la finalité de l'entreprise est de servir ses membres ou la collectivité à la différence de simplement engendrer du profit et viser le rendement financier; l'entreprise a une autonomie de gestion par rapport à l'État; ses statuts et façons de faire dans le processus de décision démocratique impliquent les usagers et les travailleurs; elle défend la primauté des personnes et du travail sur le capital pour ce qui a trait à la répartition des surplus et revenus; ses activités sont fondées sur la prise en charge de la responsabilité individuelle et collective (Groupe de travail sur l'économie sociale, 1996, p. 7).

potentiellement porteuses de transformations sociales et d'amélioration de la santé pour répondre aux besoins du milieu » (Conseil québécois de la coopération et de la mutualité, 2005, p.10, cité par Girard, Bussière et Larouche, 2007, p. 6). Au Québec, les entreprises d'économie sociale dans le domaine de la santé détiennent différentes fonctions, soit le financement, la réglementation et la prestation des soins et services (Comeau et Girard, 2005). Selon la Fédération des coopératives de services à domicile et de santé du Québec (FCSDSQ) (2017a), les coopératives de santé ont pour missions de « rendre accessibles des services de proximité de première ligne pour répondre aux besoins de services de santé d'une communauté » ainsi que de « faire la promotion d'une prise en charge globale et préventive en santé ». Ses principes organisationnels sont les suivants : pratique médicale en équipe multidisciplinaire, médecine préventive, accessibilité améliorée des services de santé, mobilisation citoyenne et éducation populaire. La majorité des entreprises coopératives en santé au Québec auraient adopté une approche centrée sur la prévention et l'éducation pour la santé dans l'optique d'améliorer les conditions de vie de la communauté, tout en favorisant la participation citoyenne et en travaillant en complémentarité avec le réseau de la santé et des services sociaux (Brassard et Darou, 2012).

Quant aux coopératives de services sociaux, elles sont définies comme étant des entreprises qui ont pour première ou seule fonction de fournir des services sociaux aux personnes qui en ont besoin (Girard et al., 2007). Au Québec, les coopératives de services sociaux sont comprises dans l'ensemble des entreprises d'économie sociale en aide à domicile (EÉ SAD) de même que le sont les OSBL de services à domicile. Elles offrent notamment des soins à domicile qui se déclinent selon la FCSDSQ en services d'aide domestique, d'assistance à la personne, de soutien civique ainsi que de soutien à la famille et aux aidants naturels à des citoyens. Ces derniers sont majoritairement des personnes âgées de plus de 65 ans qui souhaitent conserver leur autonomie (FCSDSQ, 2017d). Les services qu'offrent les EÉ SAD contribuent au soutien à domicile et sont complémentaires aux services offerts par le secteur public (MSSS, 2016).

1.2.4 Différentes formules coopératives

Plusieurs formules de coopératives offrant des services dans le domaine de la santé existent au Québec. Celles-ci dépendraient largement de l'identité des membres (Giroux, 2008). Les membres

peuvent être des utilisateurs, des producteurs ou des travailleurs. Il est également possible que la coopérative admette deux types de membres ou plus.

Les coopératives d'utilisateurs, également appelées coopératives de consommateurs, sont mises sur pied par des personnes partageant des besoins communs afin de faciliter leur accès aux biens et services nécessaires à leur usage personnel. Les coopératives de producteurs regroupent des personnes ou des entreprises dans le but de se procurer des biens et des services qu'ils jugent essentiels pour pratiquer leur profession ou faire fonctionner leur entreprise. Les coopératives de travailleurs, pour leur part, rassemblent des membres qui sont à la fois propriétaires et employés, ce qui leur laisse davantage d'autonomie quant à la gestion de l'entreprise (Giroux, 2008). Enfin, la coopérative de solidarité – également connue sous de multiples autres dénominations telles que coopérative multisociétaire, coopérative sociale (en Italie), coopérative d'intérêts collectifs (en France) ou coopérative de solidarité (au Québec) (Girard et al., 2007) – appartient à deux types de membres et plus. Cette formule coopérative peut réunir des membres travailleurs et consommateurs ainsi que des membres de soutien. Ces derniers correspondent à des personnes ou à des sociétés désireuses d'apporter leur soutien à la coopérative. « 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 » (Giroux, 2008, p. 27). Au Québec, au moins 50 des 53 coopératives de santé et 34 des 48 coopératives de soins à domicile répertoriées par la FCSDSQ sont des coopératives de solidarité (FCSDSQ, 2017b, 2017c).

Les coopératives de santé peuvent assurer leur financement de diverses façons: les parts sociales, les cotisations annuelles, la vente de services, les emprunts à des institutions financières (Caisses Populaires Desjardins), les dons et les subventions de partenaires du milieu ou de fondations (Hébert et Prémont, 2010).

1.3 Caractéristiques souhaitables des modèles de soins de première ligne

Comme évoqué précédemment, à l'instar de SABSA, les coopératives de santé au Québec offrent principalement des services de première ligne promouvant une prise en charge de la santé globale et préventive (FCSDSQ, 2017a). L'approche empruntée implique plus précisément la pratique multidisciplinaire, la médecine axée sur la prévention, l'amélioration de l'accès, la participation et l'éducation populaire (FCSDSQ, 2017a). Les services de première ligne correspondent aux soins primaires qui constituent le premier point de contact pour tout problème de santé et la coordination subséquente des soins requis. Ces services représentent une composante essentielle des soins de santé primaires (SSP). Ces derniers sont considérés comme un système intégré « [...] qui comprend différentes lignes de soins articulées entre elles pour répondre aux besoins de la population [...] » (Crismer, Belche et Van der Vennet, 2016, p. 379).

Le cadre conceptuel publié conjointement par l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS) et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour des systèmes de santé axés sur les SSP¹² (PAHO/WHO, 2007) ainsi que des équipes de SSP¹³ (PAHO/WHO, 2009) (voir Annexe 1) propose des valeurs¹⁴, des principes¹⁵ et des éléments structurels et fonctionnels utiles à la conception de stratégies nationales pour le renouvellement des SSP, entendu que ces derniers demeurent le meilleur moyen

¹² Les systèmes de santé axés sur les SSP sont fondés sur une approche globale intégrant l'organisation et le fonctionnement des systèmes de santé dont l'objectif est de garantir la couverture universelle ainsi que l'accès à des services de santé considérés comme acceptables par la population, tout en renforçant l'équité et la solidarité. Le cadre conceptuel élaboré par l'OPS et l'OMS permet mieux comprendre les composantes d'un système de santé axé sur les SSP. Il en revient ensuite à chaque pays d'élaborer sa propre stratégie en vue du renouvellement des SSP compte tenu des variations nationales considérables sur le plan des ressources économiques, des circonstances politiques, des capacités administratives et du développement historique du secteur de la santé (PAHO/WHO, 2007).

¹³ Une équipe de SSP est définie par son approche organisationnelle (adaptation de sa structure et de son fonctionnement en vue de répondre aux besoins des personnes, des familles et des communautés) plutôt que par sa composition en termes de professionnels de la santé. Ce document précise l'impossibilité de prescrire la composition des équipes de SSP. Les équipes devraient être formées en fonction des caractéristiques spécifiques à chaque système et communauté qu'elles desservent. Les compétences d'une équipe de SSP doivent correspondre aux éléments essentiels des systèmes de santé fondés sur les SSP (PAHO/WHO, 2009).

¹⁴ Les valeurs sont définies comme « les principes sociaux, les objectifs, les normes soutenues ou acceptées par un individu, une classe sociale ou une société » (traduction libre) (PAHO/WHO, 2009, p. 36). Les valeurs identifiées pour les SSP reflètent en principe les valeurs des sociétés. Une analyse des valeurs d'une société impliquant la participation publique est toutefois essentielle pour mieux identifier, articuler, définir et hiérarchiser les valeurs jugées centrales.

¹⁵ Un principe est défini comme « une vérité fondamentale, une loi, une doctrine, une source de motivation, sur laquelle se basent les autres » (traduction libre) (PAHO/WHO, 2007, p. 10). À l'intérieur du cadre conceptuel, les principes forment un pont entre les valeurs et les éléments structurels et fonctionnels du système de santé. Les principes servent de fondement aux systèmes de santé pour les questions qui ont trait notamment aux politiques de santé, à la législation et aux critères d'évaluation.

en vue de l'équité et de l'amélioration durable de la santé des populations (PAHO/WHO, 2007). Ces publications tiennent lieu d'une prise de position en faveur du renouvellement des SSP adaptés au contexte actuel et aux besoins locaux. Les composantes de ce cadre peuvent être considérées comme des caractéristiques jugées souhaitables (ou désirables) pour les équipes et les modèles de soins qui offrent des services de première ligne. Nous l'envisageons comme un cadre normatif sur lequel il est possible de s'appuyer pour mieux comprendre les conditions dans lesquelles les coopératives offrant des services de santé de première ligne peuvent produire des résultats souhaitables.

Les SSP ont été développés dans le cadre de la Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires (OMS, 1978). Cette déclaration soulignait l'importance et l'urgence d'une action conjointe de la communauté internationale, des gouvernements et du personnel œuvrant dans les secteurs de la santé et du développement à dessein de protéger et de promouvoir la santé de tous. Les SSP¹⁶ y sont présentés comme le moyen d'atteindre l'objectif de *la santé pour tous en l'an 2000*. Le niveau de santé convoité devrait permettre à chacun de « mener une vie socialement et économiquement productive ». Cet objectif requiert la coordination de tous les secteurs connexes à la santé impliqués dans le développement national et communautaire (agriculture, éducation, logement, etc.) en vue d'intervenir de façon concertée sur les déterminants sociaux de la santé. La Déclaration met à l'avant-plan des valeurs de justice sociale, de solidarité, de participation ainsi que l'amélioration de la santé pour tous.

Un parallèle peut être établi entre certaines caractéristiques de l'idéal coopératif dans le champ sociosanitaire et les composantes des SSP. Les systèmes axés sur les SSP reposent sur les valeurs fondamentales de solidarité, d'équité et de droit au niveau de santé le plus élevé possible (PAHO/WHO, 2009). Les valeurs de solidarité et d'équité font également partie des valeurs centrales du modèle coopératif (Alliance coopérative internationale, 2017). Quelques éléments structurels et fonctionnels (facilitateurs de l'organisation de politiques, de programmes et des services)

¹⁶ Les soins de santé primaires sont définis dans la Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires comme « des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'autoresponsabilité et d'autodétermination. Ils font partie intégrante tant du système de santé national, dont ils sont la cheville ouvrière et le foyer principal que du développement économique et social d'ensemble de la communauté. Ils sont le premier niveau de contacts des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire » (OMS, 1978).

(PAHO/WHO, 2009) du cadre conceptuel correspondent également à certaines caractéristiques des coopératives de santé, soit les mécanismes de participation active, l'accent sur la promotion et la prévention, l'orientation communautaire, le premier contact (services de première ligne) et l'organisation et la gestion optimales (par une gestion collective dans le cas des coopératives) (Alliance coopérative internationale, 2017; FCSDSQ, 2017b; Girard et al., 2007; Groupe de travail sur l'économie sociale, 1996).

Parmi les principes déployés dans le cadre de l'OPS et de l'OMS, certains coïncident également avec l'approche adoptée par les coopératives de santé, notamment la réponse aux besoins de santé de la population, la participation (par la promotion d'une démocratie active et l'espace accordé à la participation publique) et la justice sociale (promue par la répartition équitable des surplus et des revenus) (Alliance coopérative internationale, 2017; FCSDSQ, 2017b; Girard et al., 2007; Groupe de travail sur l'économie sociale, 1996). L'OPS et l'OMS (2007) proposent qu'une société qui permet d'assurer le développement et la capacité de tous, suggérant que les interventions gouvernementales devraient être évaluées au regard de leur aptitude à assurer le bien-être de l'ensemble des citoyens, notamment des plus vulnérables¹⁷, représente une société juste (PAHO/WHO, 2007). Plus largement, la justice sociale peut être appréhendée sous l'angle de la théorie de la justice telle que développée par John Rawls (Rawls, 1971). Rawls tente de résoudre le problème de la justice distributive (entendue comme la juste répartition des biens dans une société) en s'appuyant sur une variante du contrat social. Il en résulte une théorie qui propose qu'une société devrait être structurée de manière à ce que chaque membre puisse jouir du plus de liberté possible sans que la liberté des uns brime la liberté des autres (principe de liberté) et que les inégalités sociales ou économiques devraient être favorisées seulement si elles permettent d'avantager les plus désavantagés (principe de différence) et si elles conduisent à l'égalité des chances dans l'accession à des positions sociales (principe de l'égalité des chances)¹⁸.

¹⁷ Les interventions dans le secteur de la santé qui tendent vers la justice sociale comprennent de s'assurer que tous soient traités avec respect et dignité, d'établir des objectifs incluant des cibles explicites pour améliorer la couverture sanitaire des plus défavorisés, d'utiliser ces mêmes objectifs en vue de transférer des ressources supplémentaires afin de combler leurs besoins, d'améliorer l'éducation et les initiatives de sensibilisation auprès de la population pour favoriser la compréhension de leurs droits, d'assurer une participation citoyenne active à la planification et à la supervision du système de santé et entreprendre des actions concrètes afin d'agir sur les déterminants sociaux à la source des inégalités de santé (PAHO/WHO, 2007, p. 11).

¹⁸ Ces propositions sont fondées sur une conception de la justice élaborée à partir d'une prise de position hypothétique, la position originelle (correspondant à l'état de nature dans la théorie traditionnelle du contrat social), qui permet de concevoir la justice sans être influencé par son actuelle position dans la société. Pour cela, la personne doit ignorer tout de sa position dans la société, de sa situation socioéconomique, de ses capacités, de ses dons naturels et même de sa conception du

Le principe de différence s'apparente en quelque sorte à l'idée de la justice sociale promue par l'OPS et l'OMS, notamment pour ce qui a trait aux interventions ciblées orientées vers l'amélioration des conditions des plus défavorisés.

1.4 Émergence et développement des coopératives en santé et services sociaux

Cette section dresse un bref portrait de l'origine et du développement des coopératives de santé et de services sociaux. Une perspective mondiale est d'abord proposée afin de situer les contextes partagés à l'échelle planétaire et le développement du mouvement coopératif dans le champ de la santé et des services sociaux. Le même sujet est ensuite décliné selon la situation particulière du Québec à laquelle se greffe un bref portrait du système de santé et de services sociaux ainsi que de modèles apparentés aux coopératives sociosanitaires.

1.4.1 Perspective mondiale

1.4.1.1 Contextes d'émergence partagés mondialement

Le portrait des coopératives dans le domaine sociosanitaire réalisé par les Nations Unies (1998), *L'entreprise coopérative dans les secteurs de la santé et des services sociaux. Une étude à l'échelle mondiale*, fait figure de premier rapport sur les coopératives de santé et de services sociaux à l'échelle mondiale. Ce rapport publié en 1998, l'année suivant le décret de la Déclaration de Jakarta sur la Promotion de la Santé au XXI^e (OMS, 1997), mentionne que la crise de l'État-providence a joué un rôle décisif dans le développement croissant du modèle coopératif dans ce secteur. Il constate par le fait même que, dans une multitude de pays, une variété de formules coopératives en santé et services sociaux (travailleurs, producteurs, usagers, mixtes) émerge depuis la fin des années 1980. Les crises économiques et politiques auraient favorisé une remise en question du rôle de l'État dans les services de santé, notamment en ce qui a trait à l'accès, à la prestation et au financement des services publics

bien et de ses tendances psychologiques. Cette situation représente ce que Rawls appelle le voile de l'ignorance derrière lequel les principes de justice sont déterminés. Ainsi, personne n'est avantagé ou désavantagé pour ce qui a trait au choix des principes de justice qui résultent, de cette façon, d'une négociation équitable, entendu que tous partagent une situation similaire et que personne n'est en condition de formuler des principes qui avantageraient leur position. Selon l'auteur, « One way to look at the idea of original position, therefore, is to see it as an expository device which sums up the meaning of these conditions and helps us to extract their consequences » (Rawls, 1971, p. 21).

tandis que le processus de mondialisation aurait alimenté les changements et les transformations rapides auxquels les systèmes de santé font face depuis plusieurs années (OMS, 2008). Considérée comme un effet de la mondialisation, la perte progressive des pouvoirs des États et des citoyens au bénéfice des marchés qui transcendent les frontières provoquerait une recherche active de solutions. Ces dernières se trouvent selon certains auteurs dans la responsabilisation et la participation des citoyens à la démocratisation et à la transformation des institutions sociales et politiques plutôt que dans une plus grande concentration des pouvoirs (Béland, 2006).

La mondialisation et l'affaiblissement du rôle de l'État dans les affaires sociosanitaires sont plus précisément nommés comme des déterminants de la privatisation progressive des services de santé (Arteau, Brassard et Malo, 2006). De façon générale, les chocs politiques, les crises économiques et les mesures d'austérité entreprises par les gouvernements constitueraient les vecteurs principaux de la privatisation du financement, de l'administration ou de la prestation des soins de santé¹⁹ (André et al., 2016) alors que ses déclencheurs peuvent être de l'ordre des politiques publiques comme de la demande (Starr, 1988). Le premier cas implique une action délibérée du gouvernement qui peut prendre plusieurs formes différentes²⁰, implicites ou explicites. Le second suppose un choix individuel ou collectif qui se manifeste quand la demande supplante l'offre assurée par le secteur public. La cause de cette demande peut être une réduction, une stagnation ou une croissance lente des services offerts. Des individus ou groupes se tournent dès lors vers le secteur privé, et cela, sans rencontrer d'obstacle si le gouvernement est peu enclin ou incapable de les contrôler ou de satisfaire leurs besoins (Starr, 1988). C'est d'ailleurs le plus souvent pour combler des besoins insatisfaits que des coopératives de santé et de services sociaux apparaîtraient (Girard et al., 2007; Giroux, 2008; Health Care Co-operatives Federation of Canada, 2016).

La privatisation représente une source d'enjeux importants, notamment en ce qui a trait au développement d'un système parallèle uniquement accessible à ceux qui peuvent en payer les frais, à la

¹⁹ La privatisation constitue également un mode de pensée lorsque les professionnels de la santé et citoyens sont amenés à concevoir la santé comme un bien privé (André et al., 2016).

²⁰ Quatre formes d'action sont évoquées par Starr (1988) : 1) l'interruption de programmes publics et le désengagement de l'État de certaines de ses responsabilités ou la restriction de services en termes de volume, de disponibilité et/ou de qualité, qui peuvent mener les individus à choisir d'utiliser des services offerts par le privé (on parle alors de privatisation par attrition, soit quand le gouvernement laisse les services s'épuiser), 2) le transfert vers le privé par la vente ou la location, 3) le financement de services privés par le gouvernement (par sous-traitance par exemple), 4) le résultat de la déréglementation d'activités attribuées auparavant à des secteurs publics détenant un monopole (p. 6).

transparence – dans le cas où les services privés sont privilégiés en raison de leur capacité à gérer les ressources financières plutôt qu'en raison des retombées sociosanitaires – et, enfin, à l'équité, surtout lorsque des assurances substitutives sont impliquées (Albrecht, 2009). Les obstacles financiers sont reconnus comme nuisibles à l'accès à des services pour tous, et encore davantage pour les personnes issues de groupes socioéconomiques plus défavorisés (Hypolite, 2013; OMS, 2008). L'aspect financier ne représente pas la seule barrière à l'équité en matière d'accès aux services de première ligne. Pour certains milieux géographiques, à l'instar des milieux les moins favorisés et des petites communautés rurales, les difficultés d'accès aux soins de première ligne sont plus importantes à l'heure où les médecins tendent à s'installer dans les quartiers les plus aisés (Giroux, 2008) et où les systèmes de santé à travers le monde font face à de nombreux défis, notamment à leur incapacité à offrir à la population un accès satisfaisant aux soins de santé de première ligne (CSBE, 2015; Girard et al., 2007).

Parallèlement au phénomène de privatisation progressive, les organisations mondiales déploient des moyens pour atteindre l'objectif de la santé pour tous à l'image des systèmes de santé axés sur les SSP qui contribueraient de façon efficiente à l'équité et à la justice sociale d'une société (OMS, 2008; PAHO/WHO, 2007). L'une des cibles des objectifs de développement durable 2015-2030 établis par les États membres des Nations Unies est d'ailleurs de « faire en sorte que chacun bénéficie d'une couverture sanitaire universelle, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable » (ONU, 2017).

Un portrait mondial plus récent des coopératives sociosanitaires, *Better Health & Social Care* (Girard, 2014), rappelle l'importance de comprendre les mécanismes de financement des systèmes de santé pour mieux saisir la place que peuvent occuper les entreprises coopératives dans le monde (Girard, 2014). Le rapport des Nations Unies (1998) précise d'ailleurs que l'espace laissé au développement d'entreprises coopératives est déterminant pour leur présence. Dès lors que la prestation des services sociosanitaires et l'assurance sont prises en charge par le secteur public et que les services sont efficaces et concrètement accessibles, l'espace pour des initiatives privées se trouve réduit et les perspectives de développement de ce modèle sont faibles (Nations Unies, 1998). À titre d'exemple, dans les pays en voie de développement qui ne possèdent pas de couverture universelle, les plans de santé offerts par les coopératives et les mutuelles se trouvent parfois à être la seule option possible pour les millions de personnes (Health Care Co-operatives Federation of Canada, 2016) qui ne sont

pas en mesure de payer les frais associés aux soins de santé de première ligne disponibles. Miser sur la couverture universelle et sur l'efficacité de la prestation des services de santé apparaît alors comme une avenue nécessaire à l'amélioration de l'équité en santé (OMS, 2008). L'OMS (2008) constate pourtant que les systèmes de santé, plutôt que d'opter pour des stratégies scientifiquement reconnues comme les SSP, tendent à prendre des directions qui ne favorisent ni l'équité et la justice sociale ni l'efficacité.

1.4.1.2 *Bref portrait mondial de leur développement*

D'un point de vue mondial, le mouvement coopératif en santé et services sociaux est vaste et hétéroclite. Le portrait réalisé par les Nations Unies (1998) montre que le développement de coopératives reste limité, bien que de nombreux cas ponctuels de création de coopératives sont observés. Certaines de ces coopératives prennent la forme d'un réseau regroupant un nombre considérable de professionnels de la santé et rejoignant une importante proportion de la population (ex. UNIMED au Brésil qui regroupe alors 7000 médecins travaillant surtout dans des centres hospitaliers ou le réseau japonais qui rejoint à cette époque 15 % de la population) alors que d'autres couvrent le territoire d'une petite municipalité comme la Coopérative de services de santé Les-Grès, la première à voir le jour au Québec dans les années 1990 (Girard, 2006; Giroux, 2008; Nations Unies, 1998).

Un portrait plus récent sur les coopératives sociosanitaires dans le monde (Girard, 2014), fait état d'un réseau de coopératives étendu, bien que le modèle demeure plutôt marginal, dont le développement s'est surtout opéré en Amérique, en Europe et en Asie (notamment au Japon et en Corée du Sud). Les coopératives du domaine sociosanitaire prennent la forme d'hôpitaux, de pharmacies, de cliniques médicales, de cliniques dentaires, de soins à domicile et d'urgences (Girard, 2014; Nations Unies, 1998). Pour ce qui concerne les coopératives offrant des soins de première ligne, les cliniques coopératives sont présentes en nombre significatif dans certains pays comme l'Argentine (n=238), le Japon (n=348) ou l'Espagne (n=110) alors qu'elles sont en moindre quantité dans d'autres pays comme l'Australie (n=7) ou le Venezuela (n=9) (Girard, 2014). En 2016, il est estimé que, dans le monde, 81 millions de personnes utilisent les services d'une coopérative ou d'une mutuelle engagée dans le secteur de la santé. Ces coopératives et mutuelles sont évaluées au nombre 4 961 dispersées

dans 43 pays. Quant aux coopératives de services sociaux, elles atteindraient le nombre de 14 806 (Health Care Co-operatives Federation of Canada, 2016).

De ce même portrait se dégagent également des conditions qui semblent faire des coopératives de santé des modèles intéressants dans certaines circonstances. Il est d'abord question de valeurs ajoutées lorsqu'une coopérative combine la santé et les services sociaux dans l'offre de services et lorsqu'elle propose, en plus des traitements médicaux, des interventions de promotion de la santé et de prévention des maladies ainsi que des interventions favorisant la réadaptation. Enfin, certaines caractéristiques des coopératives paraissant contribuer à leur succès peuvent être identifiées à la lecture du rapport : un accès facilité aux soins de santé, des services abordables, l'efficience du modèle, l'intégration d'activités de promotion et de prévention, la responsabilisation des personnes envers leur santé ainsi que l'enracinement de la structure dans la communauté pour faciliter la mise en œuvre d'interventions adaptées. Dans les pays à faible et moyen revenu, des initiatives sont qualifiées d'expériences intéressantes lorsqu'elles accordent notamment de l'importance à la participation des femmes, dans une perspective de réduction des inégalités entre femmes et hommes, ainsi qu'à l'utilisation des technologies de l'information (Girard, 2014).

1.4.2 La situation du Québec

1.4.2.1 Contextes québécois

À l'exception de la Coopérative de services de santé de Québec créée en 1944 par le Dr Jacques Tremblay dans le quartier Saint-Sauveur afin d'offrir des services à la classe ouvrière du secteur, les coopératives dans le domaine sociosanitaire apparaissent vers la fin des années 1980 avec les coopératives ambulancières et les coopératives de soins à domicile et de services aux aînés. Cet essor coïncide avec la crise du modèle de l'État-providence et du système sociosanitaire (Giroux, 2008; Nations Unies, 1998). Des coopératives de services de santé se développeront à leur tour dès le milieu des années 1990. La première à voir le jour est la Coopérative de services de santé Les-Grès située en Mauricie et fruit de l'initiative d'acteurs du développement local cherchant à faire face aux carences du système et se mobilisant en faveur du maintien de services de santé de proximité (Girard, 2006; Giroux, 2008).

Le phénomène ne fera que s'amplifier dans les années 2000 alors que le nombre de coopératives de soins de santé et de coopératives d'habitation avec services aux aînés se multiplie (Giroux, 2008). Entre 1996 et 2009 seulement, près de 40 coopératives de santé seront créées dans la province (Brassard, LeBlanc et Étienne, 2009). Les 53 coopératives de santé répertoriées en 2017 sont réparties dans 13 régions administratives. La plupart d'entre elles sont des coopératives de solidarité et se retrouvent dans les régions de la Montérégie (n=14), la Mauricie (n=7), les Laurentides (n=6) et Chaudière-Appalaches (n=6) (FCSDSQ, 2017b).

Le déficit d'effectifs médicaux dans des régions (petites municipalités et régions périphériques éloignées) semble expliquer le développement de coopératives qui s'y produit (Brassard et Darou, 2012), reflétant par conséquent le problème de la répartition inéquitable des ressources sur le territoire de la province (Comeau et Girard, 2005; Giroux, 2008; Hébert et Prémont, 2010). Du fait de la vastitude de son territoire, de la dévitalisation croissante de plusieurs régions, de la disparité de la population et de ses besoins, la province de Québec rencontrerait des défis particulièrement aigus pour ce qui a trait à la juste répartition des effectifs médicaux et des services de santé (Hébert et Prémont, 2010). Développer des services de santé sous forme de coopératives dans ces régions reste toutefois un défi (Hébert et Prémont, 2010). Mettre au point une coopérative constitue souvent une intervention insuffisante pour attirer du personnel médical²¹, dans une région en sous-effectif, ce qui pousse certaines de ces organisations à adopter des stratégies discutables afin d'attirer et de conserver le personnel médical comme la mise en place d'incitatifs financiers (voir section 1.6.4) (Hébert et Prémont, 2010; MSSS, 2013).

Selon le ministère des Finances et de l'Économie, les effets bénéfiques des coopératives sur les plans économique et social (comme le maintien des personnes âgées et des jeunes familles dans leur milieu, l'attrait pour les entreprises ou la rétention de celles déjà présentes) expliqueraient l'essor de ce modèle (MSSS, 2013). Pourtant, la plupart des auteurs évoquent les carences du système de santé et de services sociaux québécois, et notamment les difficultés d'accessibilité des services de santé de première ligne, comme déterminant du développement d'initiatives coopératives (Brassard et Darou,

²¹ Au, Québec, la prestation des services de santé de première ligne est encore fortement centrée sur la présence du médecin.

2012; Giroux, 2008; Hébert et Prémont, 2010). L'accessibilité de ces services et à un médecin de famille représente d'ailleurs une préoccupation majeure au Québec (CSBE, 2015, 2017).

1.4.2.2 Bref regard sur le système de santé et de services sociaux québécois et ses lacunes

Au Québec, l'État agit comme principal administrateur et assureur depuis l'adoption de la première Loi sur les services de santé et les services sociaux en 1971. La couverture publique comprend l'assurance hospitalisation (instaurée en 1961), l'assurance maladie (instaurée en 1970) et l'assurance médicament (instaurée en 1997). Le financement des services repose sur la fiscalité générale, favorisant une répartition équitable du risque dans la société. Les dépenses publiques de santé représentent 70,2% des dépenses totales de santé en 2012 (MSSS, 2016). Le projet collectif qu'est l'implantation du système de santé et de services sociaux au Québec repose sur des valeurs de dignité, de liberté, d'égalité et de solidarité (CSBE, 2008). Une enquête a montré que les Canadiens demeuraient fortement attachés aux valeurs fondamentales, intrinsèquement liées à la conception de la citoyenneté, qui sous-tendent le système de santé canadien, soit la justice, la solidarité et l'égalité (Romanow, 2002). Le régime universel n'est toutefois pas garant de l'accessibilité effective des services de santé de première ligne.

L'accessibilité des services de santé et d'un médecin de famille n'est pas un problème exclusif au système de santé et de services sociaux québécois. Reste que sa performance en la matière est considérée comme faible sinon très faible lorsqu'elle est comparée aux autres provinces canadiennes ou à d'autres pays d'après l'Indice-santé Canada et l'Indice-santé Euro-Canada²² (Lamarche, 2011). L'enquête du Fonds du Commonwealth de 2015 montre que l'accès à des services de santé et à un médecin de famille ne s'est pas amélioré et demeure une préoccupation importante dans la province québécoise selon la perception des médecins de famille²³ (CSBE, 2015). Parmi les défis sur le plan de l'accessibilité et de la continuité des soins dont fait part le rapport du Commissaire à la santé et au

²² Au niveau provincial et selon l'Indice-santé Canada qui mesure la performance globale du système, le Québec se classe ainsi au 8^e rang devant la province de Terre-Neuve qui occupe le dernier rang. De plus, le Canada se situe au 28^e rang lorsque la performance globale de son système est comparée à celle de 30 pays d'Europe, selon l'Indice-santé Euro-Canada (Lamarche, 2011).

²³ À ce sujet, 13 % des médecins de famille québécois ont indiqué que presque tous les patients étaient en mesure d'obtenir un rendez-vous le jour même ou le jour d'après (une augmentation de 6 % depuis 2009) alors que la moyenne canadienne se situe à 28 % et que la moyenne de l'ensemble des pays du Commonwealth participants se situe à 47 %. Plus de 11 000 médecins de première ligne ont participé à cette enquête dans 10 pays différents (Canada, Australie, Allemagne, Pays-Bas, Nouvelle-Zélande, Norvège, Suède, Suisse, Royaume-Uni, États-Unis).

bien-être sur la performance du système de santé et de services sociaux de 2016 se trouvent le temps d'attente trop long, le manque de suivi et de partage de l'information à propos du patient entre les professionnels concernés, et le coût particulièrement élevé des services offerts par les médecins de famille ainsi que leur faible disponibilité les soirs et les fins de semaine. Une préoccupation majeure réside également dans le manque d'équité relatif au suivi et aux résultats de santé des populations en situation de vulnérabilité (CSBE, 2017).

Malgré les multiples restructurations du système de santé qui ont eu lieu depuis les années 1960, les problèmes liés à l'accessibilité et à la continuité des soins persistent (Contandriopoulos et Brousselle, 2010; Lamarche, 2011; St-Pierre, 2009). Le Québec a tenté d'améliorer la performance du système de santé en misant principalement sur la modification des structures par les réformes majeures entreprises depuis plusieurs décennies. Or, un nombre croissant de preuves indique que l'incidence des restructurations sur la performance ne donne pas les résultats escomptés et qu'il faudrait plutôt se pencher sur les pratiques professionnelles et organisationnelles (Lamarche, 2011). Les difficultés relevées par le rapport du Commissaire à la santé et au bien-être de 2016 sont précisément liées à l'organisation des soins et des services ainsi qu'à la gestion et à l'utilisation des ressources financières et humaines (CSBE, 2017). Les différentes commissions d'enquête sur la santé ont par ailleurs été cohérentes dans leurs conclusions et leurs recommandations notamment en ce qui a trait aux problèmes de financement du réseau (St-Pierre, 2009). Une étude a d'ailleurs montré que les réformes suggérées par les trois principales commissions (Castonguay-Nepveu (1970), Rochon (1988) et Clair (2000)) sont conformes à ce qui est considéré par la littérature scientifique comme des caractéristiques désirables²⁴ pour les systèmes de santé (Contandriopoulos et Brousselle, 2010). L'analyse des réformes réalisées dans le cadre de cette étude révèle toutefois que ces commissions ont omis de considérer l'acceptabilité politique de leurs recommandations, ayant pour conséquences un écart considérable entre lesdites recommandations et leur mise en œuvre. L'exemple des CLSC implantés à la suite de la Commission Castonguay-Nepveu qui n'ont pas atteint l'objectif escompté faute de leur acceptabilité au sein de la communauté médicale et du manque d'appui du gouvernement (voir section suivante) illustre parfaitement cette tendance.

²⁴ Dans cet article, les caractéristiques sont comprises comme désirables si elles tendent vers l'atteinte d'une meilleure qualité des soins ou d'une production plus efficiente.

1.4.2.3 *Coopératives, cliniques communautaires et CLSC*

Les principes et le mode de fonctionnement à la base du modèle coopératif ne sont pas nouveaux dans le paysage des structures de soins de première ligne du Québec. Dans les années 1960, des cliniques communautaires (également nommées cliniques populaires), apparaissent dans certains quartiers défavorisés de la ville de Montréal (Boucher, Kruzynski et Drolet, 2006; Giroux, 2008; Plourde, 2013). Basées sur des principes et un mode de fonctionnement s'apparentant fortement aux fondements du modèle coopératif (Giroux, 2008), ces structures désiraient également améliorer la qualité et l'accessibilité des soins, prendre en considération les déterminants sociaux de la santé, adopter une approche interdisciplinaire de promotion de la santé et de prévention de la maladie plutôt qu'une approche biomédicale et laisser place à la participation citoyenne dans la prise de décision concernant la gestion et les services offerts (Boucher et al., 2006; Plourde, 2013). Les cliniques populaires développées à cette époque vont par le fait même participer à la remise en question de la conception de la santé centrée sur la maladie et sur la pratique curative de la médecine libérale qui prévaut encore aujourd'hui dans les sociétés occidentales²⁵ (Plourde, 2013).

La Clinique communautaire Pointe-Saint-Charles, la première d'entre elles à voir le jour, est considérée comme une réussite tant sur le plan de la prestation de services que la préservation de son caractère alternatif. Son caractère alternatif s'exprime notamment par sa façon de concevoir la prévention de la maladie. Cette conception va au-delà de l'immunisation et du dépistage en retenant les conditions de

²⁵ Les pratiques d'organisation communautaire qu'adoptent ces cliniques dans les années 1960 vont également se propager partout dans le monde et participeront à remettre à l'avant-plan l'importance de tenir compte des déterminants sociaux de la santé (Hypolite, 2013). Ce mouvement va être appuyé notamment par des écrits parus dans les années 1970. Les réflexions d'Ivan Illich publiées dans un ouvrage datant de 1975, intitulé *Némésis médicale*, en font partie. Illich critique le modèle biomédical et l'emprise de la médecine sur la santé. L'auteur met également l'accent sur l'importance des déterminants de la santé et les hiérarchise dans l'ordre d'importance suivant : l'environnement général (incluant le mode de vie lui-même englobant l'alimentation y compris la consommation de tabac, d'alcool et de sucre), les conditions de logements et de travail, la cohésion du tissu social et les mécanismes culturels qui stabilisent la population - les activités sanitaires (incluant les politiques et les interventions hygiénistes) ainsi que l'impact de l'acte médical (pp. 24-29). Marc Lalonde déploie une conception similaire de la santé et de ses déterminants dans un document de travail datant de 1974. Il y expose une conception globale de la santé reposant sur quatre éléments : la biologie humaine, l'environnement, les habitudes de vie et l'organisation des soins de santé (Canada et Lalonde, 1974, p. 33). Il identifie des éléments provenant de l'environnement et du comportement humain : la pollution de l'environnement, la vie en milieu urbain, le manque d'exercice, l'abus d'alcool, du tabac, des drogues et les habitudes alimentaires, comme « la rançon du progrès économique » et les principales « forces adverses » à l'amélioration du niveau de santé des Canadiens : « Les hôpitaux, les médecins, les chirurgiens et la profession infirmière consacrent le gros de leurs efforts au traitement des maladies causées par des éléments nocifs du milieu et des excès sur le plan individuel. » (p. 5). Bien avant encore, René Dubos, un microbiologiste, mettait de l'avant l'importance d'une perspective écologique (c'est-à-dire de prendre en compte le comportement humain et le fait que les êtres humains et la flore microbienne partagent le même environnement) dans la façon d'appréhender les maladies infectieuses dans le livre *Mirage of Health* paru en 1959 (Dubos, 1959).

vie et la pauvreté comme causes de la maladie, ce qui implique l'organisation d'une action collective en vue d'une transformation globale des conditions de vie d'une communauté par la mobilisation sociale et les revendications politiques (Plourde, 2013). Elle est développée en 1967 par une certaine élite – des étudiants en médecine, en soins infirmiers et en sociologie de l'Université McGill, appuyés par un médecin de l'hôpital de Montréal particulièrement préoccupé par les besoins du quartier – qui s'inspire des *Neighbourhood Health Centers*, un modèle développé dans des quartiers défavorisés des États-Unis qui met en évidence les liens entre la pauvreté, les conditions de vie et l'état de santé (Boucher, Kruzynski, & Drolet, 2006).

Un autre modèle, les CLSC, adoptera également ces principes et ce mode de fonctionnement dès les années 1970 suite aux recommandations formulées dans le cadre de la Commission Castonguay-Nepveu mise sur pied en 1966 (Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social) (Girard, 2006; Giroux, 2008; Plourde, 2013). Dans la foulée de cette commission et de la réforme qui s'ensuit, le réseau de la santé modifie sa conception des services en délaissant la vision hygiéniste pour une vision orientée vers la santé communautaire (St-Pierre, 2009). Des centres de santé offrant des services se situant entre l'hôpital et le cabinet de médecins sont alors implantés (Deslauriers, 2014). Ce modèle ne parviendra toutefois jamais à combler la première ligne tel qu'attendu. La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), craignant une socialisation de la médecine (Girard, 2006; Plourde, 2013) et le salariat (Deslauriers, 2014) et considérant les CLSC comme une menace²⁶, incite largement les médecins de famille à ne pas s'investir au sein de ces nouveaux points de services et encourage parallèlement le développement d'un réseau de polycliniques gérées par les médecins (Deslauriers, 2014; Gaumer et Desrosiers, 2004). De plus, les aspects les plus progressistes et originaux des CLSC ne tarderont pas à être évacués par les réformes successives (Bourque, 1988; Plourde, 2013). La véritable porte d'entrée du système de santé deviendra en fin de compte les cliniques et polycliniques médicales (Gaumer et Desrosiers, 2004; Giroux, 2008).

²⁶ Le modèle des CLSC représente une menace pour les médecins au sens où il introduit une remise en question de leur statut professionnel et de leur autonomie puisque, dans les CLSC, les médecins ne sont plus considérés comme travailleurs autonomes et qu'ils sont soumis à des conseils d'administration dans lesquels des citoyens et usagers sont appelés à participer (Roy, 2016).

1.5 Contributions des coopératives de santé et de services sociaux à la santé des communautés

Quelques études (Gauthier et St-Pierre, 2009; Girard, 2014; Lafleur et Merrien, 2012; MSSS, 2013; Nations Unies, 1998) ont souligné certaines caractéristiques du modèle coopératif en santé et services sociaux qui en font un modèle potentiellement intéressant pour la santé des communautés. De façon générale, la littérature relève le potentiel de l'engagement ou de la participation des citoyens au sein de ces structures, élément également présent dans les principes et les éléments structurels et fonctionnels souhaitables pour les systèmes de santé axés sur les SSP (voir section 1.3). Au Québec, ce qui fait l'intérêt de ce modèle semble se nichier dans les impacts sur la vitalisation du territoire sur lequel il est implanté et sa contribution au renforcement des services de première ligne.

1.5.1 Participation citoyenne

En 1997, la Déclaration de Jakarta sur la Promotion de la Santé au XXI^e Siècle reconnaît officiellement l'apport des coopératives dans le domaine de la promotion de la santé et invite les différents prestataires à « surmonter le cloisonnement traditionnel » en vue d'une coopération dite indispensable à l'intervention en promotion de la santé (OMS, 1997). Cette déclaration est suivie de la publication du portrait global des coopératives de santé et de services sociaux à travers le monde publié par les Nations Unies (1998). Ce même document présente la participation des utilisateurs des services des coopératives comme un atout à la détermination des objectifs et à la conception des activités au sein d'une organisation offrant des soins de santé et des services sociaux. Ce constat concorde avec les recommandations de l'OMS entre autres et plusieurs déclarations internationales depuis la Conférence internationale sur les soins de santé primaires d'Alma-Ata (1978) sur le renforcement de la participation publique dans l'élaboration et la prestation des services de santé (CSDH, 2008; WHO, 2001).

L'apport significatif des citoyens en tant qu'acteurs engagés au sein d'entreprises coopératives sociosanitaires et plus largement dans le domaine des SSP est également constaté par le rapport faisant suite au Sommet international des coopératives de Québec en 2014 (Girard, 2014). Ce dernier présente également la participation des membres comme un aspect favorisant le sentiment d'*empowerment* des individus qui s'impliquent auprès de l'organisation par leurs contributions et leur engagement dans la communauté. De plus, en sollicitant la participation des individus à différentes activités (ex. réunions), les coopératives généreraient des impacts sociaux (établissement de liens

sociaux, interactions, capital social) (Girard, 2014) tandis que la littérature scientifique montre les bénéfices des relations sociales sur la santé mentale et physique ainsi que sur les comportements de santé et le risque de mortalité (bien que les liens sociaux peuvent également compromettre l'état de santé dans certains cas : ex. relations conflictuelles qui engendrent du stress) (Umberson et Karas Montez, 2010). Ce rapport ajoute enfin que ces organisations jouent un « rôle vital » non seulement pour leurs membres, mais également pour la communauté dans son ensemble.

1.5.2 Vitalité du territoire et renforcement des services de première ligne

Au Québec, plusieurs acteurs ayant participé à une consultation du Groupe de travail sur les coopératives de santé, dont l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS), estiment que les bénéfices générés par une coopérative dans une communauté sont beaucoup plus larges et que «l'engagement des citoyens témoigne de la vitalité d'une communauté et favorise le développement d'environnements favorables à la santé» (AQESSS, 2013, cité par MSSS, 2013, p. 6). Consultés dans le cadre des travaux du MSSS, le ministère des Finances et de l'Économie ainsi que les centres locaux de développement sont d'avis que les coopératives de santé contribuent à la fois à la vitalité et à l'occupation du territoire (maintien des personnes âgées et des jeunes familles dans leur milieu, attrait pour les entreprises ou la rétention de celles déjà présentes) en plus de servir de mesure incitative à l'arrivée et au maintien des médecins dans la communauté (MSSS, 2013). La section 1.6.4 précisera toutefois la forme que prennent ces incitatifs qui vont parfois au-delà de la seule création d'une coopérative.

Dans la province de Québec où l'accessibilité des services de santé constitue un défi important, les coopératives seraient aussi reconnues comme étant bénéfiques au renforcement des services de première ligne (Gauthier et St-Pierre, 2009). Enfin, selon Lafleur et Merrien (2012), bien que les impacts socioéconomiques des coopératives dans le domaine de la santé et des services sociaux ne soient pas encore très bien documentés, les entreprises coopératives, tous domaines confondus, auraient des effets stabilisateurs et régulateurs au plan économique, social et politique. De plus, elles favoriseraient le maintien d'un accès équitable aux biens et services, la promotion de l'inclusion ainsi que la diversité économique, sociale et politique.

1.6 Défis et enjeux inhérents du modèle coopératif en santé

Si certaines caractéristiques des coopératives de santé de première ligne, lorsque véritablement mises en pratique, sont perçues comme souhaitables pour des structures de soins primaires et pour la communauté, des expériences révèlent ses limites et dérives. Celles-ci illustrent par la même occasion certaines conditions qui peuvent faire du modèle coopératif un modèle moins souhaitable en santé et services sociaux. Les enjeux et défis inhérents de l'approche coopérative en santé sont présentés dans cette section sous différents angles : la participation réelle des membres, l'identité coopérative, les principes d'accessibilité et de gratuité des soins, les stratégies utilisées pour le recrutement des médecins ainsi que la place des coopératives dans les structures de santé et de services sociaux actuelles.

1.6.1 Participation des membres

La participation des membres dans une coopérative n'est pas assurée sur le long terme. Des exemples québécois montrent que la mobilisation et la motivation des membres d'une coopérative de santé sont souvent élevées lors des premières années de vie de la coopérative, mais tendent à s'essouffler par la suite. Ce phénomène s'expliquerait par le fait que les coopératives émergent souvent pour répondre à un besoin. Dès que celui-ci est comblé, les personnes non membres de la coopérative, mais qui bénéficient tout de même de ses services, ressentiraient moins la nécessité d'y adhérer. La mobilisation de la population desservie est néanmoins essentielle au maintien des services et au développement d'une coopérative (Giroux, 2008).

D'autres thèses peuvent venir préciser les raisons pour lesquelles certains groupes ont plus de facilité à se mobiliser et à s'organiser autour d'une cause commune que d'autres, notamment la logique de l'action collective développée par Mancur Olson dans les années 1960 (Olson, 1971) et les contributions subséquentes comme celles de Granovetter (1985) et de Czech (2016). Selon Olson, qui intègre une perspective économique à l'action collective, les intérêts collectifs et les bénéfices retirés par les membres d'un groupe ne suffisent pas à expliquer les comportements collectifs, entendu que les individus composant un groupe demeurent sous l'influence d'intérêts qui leur sont personnels. Il ajoute donc à l'équation des comportements collectifs les incitatifs et les coûts auxquels chaque membre d'un groupe fait face. Considérant ces variables, l'auteur propose deux prémisses à la base de toute action collective : la taille du groupe et le mécanisme des mesures incitatives (Czech, 2016;

Olson, 1971). Plus un groupe est petit, plus il serait susceptible d'obtenir des biens communs, même en fonctionnant grâce au bénévolat de ses membres et même si seul l'un des membres couvre tous les coûts (si et seulement si les bénéfices dépassent les coûts). Plus le groupe est gros, plus il fait face à des difficultés qui rendent la mobilisation de ses membres et l'organisation en vue d'atteindre un but commun laborieuses. Dès lors, le choix des incitatifs (existence de biens qui en valent la peine et qui sont réservés seulement aux membres) et le travail en sous-groupes (décentralisation) sont des déterminants du succès de ce type de groupe. Toutefois, Czech (2016), qui revisite la logique de l'action collective, avance que les obstacles liés à l'organisation et la communication dans les grands groupes seraient largement moindres aujourd'hui. Internet, les réseaux sociaux et les téléphones portables faciliteraient le regroupement de personnes partageant les mêmes intérêts, l'organisation de rencontres ou la planification d'événements d'envergure (Czech, 2016). Olson avance par ailleurs que d'autres éléments qu'il relègue au domaine de la psychologie – l'altruisme, l'ambition et les motifs d'ordre moral – déterminent également l'action collective. Cette théorie présente toutefois quelques limites. Entre autres, les individus n'agissent pas sans ancrage dans un environnement stérile comme Olson tendrait à le présumer (Czech, 2016). Ils sont plutôt engagés dans des réseaux interpersonnels denses qui influencent considérablement leurs comportements, et ce, malgré les règles dictées par l'institution pour laquelle ils œuvrent, comme en fait part l'argumentaire déployé par Granovetter (1985) reposant sur la notion d'« embeddedness²⁷ ».

1.6.2 Identité coopérative

La pérennité de l'identité coopérative représente également un défi alors que plusieurs coopératives et mutuelles ont été absorbées par le secteur public ou le secteur privé à but lucratif dans les dernières décennies (Girard et Vézina, 2002). L'aspect démocratique de ce modèle tend parfois à s'éteindre comme c'est le cas du Mouvement des caisses Desjardins alors que ce qui le distingue d'abord des banques tend de plus en plus à s'effacer. Cette tendance l'a d'ailleurs mené à entreprendre dans le passé une « opération de renouveau coopératif » afin de se rapprocher de son identité coopérative

²⁷ « A fruitful analysis of human action requires us to avoid the atomization implicit in the theoretical extremes of under- and oversocialized conceptions. Actors do not behave or decide as atoms outside a social context, nor do they adhere slavishly to a script written for them by the particular intersection of social categories that they happen to occupy. Their attempts at purposive action are instead embedded in concrete, ongoing systems of social relations » (Granovetter, 1985, p. 487).

initiale (Arteau et al., 2006, p. 3). Certaines coopératives ont par ailleurs réalisé un virage majeur dans leur histoire afin de s'adapter aux besoins de leurs sociétaires. C'est le cas de SSQ Groupe financier (institution financière à caractère mutualiste), né dans les années 1940 en tant que *Coopérative de services de santé de Québec* (Giroux, 2008).

1.6.3 Accessibilité, cotisations, parts sociales et vente de services

Dans la province de Québec, plus particulièrement, le modèle coopératif dans les secteurs de la santé et des services sociaux présente plusieurs problématiques mises en lumière dans les dernières années. Un des enjeux majeurs des coopératives tient en leur capacité à rendre les services accessibles à tous en raison des frais associés (Giroux, 2008; Hébert et Prémont, 2010). Puisqu'il n'existe pas de modèle unique d'implantation de coopératives de santé au Québec, les cotisations demandées aux membres diffèrent d'une coopérative à l'autre et relèvent de la décision de chacune des entreprises. La *Loi sur les coopératives* a fixé le prix d'une part sociale à 10 \$. Néanmoins, c'est le règlement de la coopérative qui détermine le nombre de parts à acquérir pour pouvoir devenir membre (Giroux, 2008; Hébert et Prémont, 2010). Certaines demandent l'acquisition de parts sociales équivalant à une somme de 50 \$ à 100 \$ à vie alors que d'autres ont instauré un système de cotisations annuelles en plus de demander l'acquisition de parts sociales (Giroux, 2008). Les montants des cotisations annuelles payés par les membres utilisateurs varieraient entre 30 \$ et 100 \$, mais pourraient (dans certains cas) grimper jusqu'à 175 \$ (Hébert et Prémont, 2010).

En plus des parts sociales et des cotisations annuelles, certaines coopératives s'assurent un revenu supplémentaire en vendant des services, parfois sous la forme de forfaits de services assurés ou non (RAMQ, 2011), dont les prix sont fixés selon le statut de l'utilisateur (Hébert et Prémont, 2010). De ce fait, ces coopératives vont à l'encontre des principes d'universalité et d'accessibilité des services de santé (Hébert et Prémont, 2010) sur lesquels repose la *Loi sur l'assurance maladie* et la *Loi canadienne sur la santé*, participent à la commercialisation des soins de santé et contribuent à l'accroissement des inégalités de santé (CSDH, 2008). L'accessibilité des soins de santé est d'autant plus inéquitable lorsque sont comparés les milieux urbains et les milieux ruraux ou régionaux où la plupart des coopératives ont émergé (Giroux, 2008). Les résidents des milieux ruraux et régionaux bénéficient en

effet d'un choix limité lorsqu'il est question de services de soins de santé de première ligne de proximité, compte tenu des distances à parcourir pour atteindre ceux-ci.

Ces frais sont par ailleurs encore plus problématiques lorsqu'ils constituent une condition pour accéder aux services. Une enquête de la Régie d'assurance maladie du Québec (RAMQ) menée entre 2011 et 2013 a démontré que certaines coopératives de santé exigeaient des frais d'adhésion aux personnes assurées par la RAMQ pour leur permettre l'accès à des services. Selon cette même enquête, une grande partie des personnes utilisatrices des services des coopératives étaient convaincues qu'être membre de la coopérative constituait une condition d'accès à un médecin de famille (RAMQ, 2013). Selon Médecins québécois pour le régime public (MQRP, 2013), le cœur du problème se situe au niveau de la notion d'accès privilégié contre rétribution et du fait que plusieurs coopératives indiquent que les frais sont de l'ordre d'une contribution volontaire n'ayant aucun impact sur l'accès aux services. Selon le regroupement, cette « [...] notion de contribution « volontaire » laisse tout de même planer l'idée que l'accès au médecin dépend de cette contribution » (MQRP, 2013, p. 18) et un doute persiste quant à savoir comment cette adhésion est présentée aux patients.

Par ailleurs, exiger des frais d'adhésion ou toute autre forme de contributions financières (parts sociales, cotisations annuelles, frais accessoires, surfacturation ou frais d'abonnement) pour des soins de santé assurés contrevient à la *Loi sur l'assurance maladie* et plus précisément, comme évoqué précédemment, au respect des principes d'universalité et d'accessibilité des services de soins de santé (Hébert et Prémont, 2010; RAMQ, 2013). Rappelons que ces mêmes principes sont également présents dans la *Loi canadienne sur la santé* (comprenant les principes de la gestion publique de l'assurance-santé, de l'intégralité des services, de l'universalité, de la transférabilité entre les provinces et de l'accessibilité des soins) (Santé Canada, 2012) et que, bien qu'au Canada la prestation des soins de santé relève de la responsabilité provinciale, le gouvernement fédéral joue un rôle important dans le système de santé canadien en y contribuant financièrement et en fixant des normes nationales en fonction de la *Loi canadienne sur la santé* (Parlement du Canada, 2008).

Considérant ces principes fondamentaux qui représentent le socle du système de santé public, les coopératives de santé rencontrent selon le MSSS (2013) un double défi au sens où elles doivent garantir leur financement tout en « s'assurant que l'utilisateur ne perçoive pas ce paiement comme un mode d'accès privilégié à des services médicaux assurés » (p. 9). Afin que les coopératives traitent de

façon équitable les demandes de rendez-vous, qu'elles proviennent d'un membre ou d'un non-membre, la FCSDSQ a jeté les bases d'un cadre de référence (Brassard et Darou, 2012). Toutefois, toutes les coopératives de santé ne sont pas membres de cette fédération. D'après le répertoire des coopératives de santé tenu par la FCSDSQ, en 2017, plus du tiers (20 sur 53) des coopératives de santé n'y avaient pas adhéré (FCSDSQ, 2017b).

1.6.4 Stratégies d'avantages financiers et recrutement des médecins

En outre, la formule coopérative n'est pas à l'abri de la logique de concurrence commerciale promue par le modèle de marché *One stop shopping* (Hébert et Prémont, 2010). Ce modèle favorise la construction d'espaces dans lesquels plusieurs services se retrouvent en un même lieu dans le but de minimiser la perte de temps liée au déplacement d'un service à un autre (Girard, 2006; Giroux, 2008; Hébert et Prémont, 2010). Il profiterait surtout aux pharmacies par l'achalandage constant qu'il assure. Faisant face à des défis importants concernant le recrutement des médecins (Brassard et Darou, 2012; Girard, 2006; Hébert et Prémont, 2010), certaines coopératives de santé usent des mêmes stratégies d'avantages financiers que les pharmacies concurrentes (prise en charge des frais administratifs et immobiliers) afin d'attirer et de garder les médecins au sein de l'entreprise (Hébert et Prémont, 2010).

Notons qu'au Québec, les frais impliqués par une pratique médicale hors des établissements du réseau de la santé et des services sociaux (coûts associés aux locaux utilisés, au personnel de bureau et administratif et aux fournitures) sont déjà couverts par la RAMQ. Les avantages offerts par les coopératives sont ainsi questionnables sur le plan de la légalité sachant que la *Loi sur l'assurance maladie* prévoit que, pour un service assuré, un professionnel de la santé n'a pas le droit de recevoir ou de demander autre chose que la rémunération déjà prévue par l'entente (MSSS, 2013). Ainsi, bien qu'au Québec les dirigeants du mouvement coopératif et ses promoteurs perçoivent l'option coopérative comme un projet pouvant agir comme contrepoids face à la marchandisation des soins de santé par les grandes surfaces commerciales, des questions se posent quant à la participation même des coopératives à la légitimation de ce processus, lui-même alimenté par l'inaction des pouvoirs publics et parapublics (Hébert et Prémont, 2010). Hébert et Prémont (2010) invitent donc à la prudence lorsqu'il est question de choisir des solutions aux problèmes d'accessibilité, de pénurie et de répartition déficiente des effectifs médicaux.

1.6.5 Place des coopératives dans le système de santé et de services sociaux québécois

Les coopératives font finalement face à des enjeux non négligeables en ce qui concerne la place de ce modèle dans les structures de santé et de services sociaux, notamment sur le plan du partenariat avec le réseau local, de la reconnaissance par le ministère de la Santé et des Services sociaux et du financement (Brassard et al., 2009). Plusieurs acteurs manifestent en outre des réserves envers ce modèle au Québec d'après l'étude menée par le Groupe de travail sur les coopératives de santé formé en 2012²⁸ (MSSS, 2013). Certains soulignent que le développement de coopératives incombe aux municipalités et aux citoyens alors que la responsabilité relève de la sphère gouvernementale. D'autres observent que les coopératives se développent de façon désordonnée en marge d'une planification régionale réfléchie. Le financement des installations, qui provient largement des citoyens, crée également un malaise chez plusieurs en raison des montants importants déjà investis dans le réseau de la santé par le biais du système de fiscalité générale.

De plus, bien que l'État québécois prend en charge les services de soins de santé depuis l'instauration du système public, cette responsabilité se serait complexifiée suite à la crise économique du début des années 1980 marquant la fin des Trente glorieuses (Giroux, 2008; Nations Unies, 1998). Une augmentation de la sous-traitance en santé (l'État achète des services à des organisations non étatiques) ainsi que de la présence d'assureurs privés en santé sont depuis observées.

Au regard de ces enjeux, les entreprises coopératives contribueraient à ce mouvement de délégation et des questions se posent non seulement quant à la place de l'économie sociale, mais également celle de l'État, du secteur privé, des organismes communautaires et des proches aidants en ce qui a trait « [...] aux fonctions de réglementation, de financement, de prestations de services et [à] la gestion des infrastructures et des ressources » (Giroux, 2008, p. 43).

²⁸ Le Groupe de travail sur les coopératives de santé visait à « examiner le modèle des coopératives de santé au regard de sa contribution à l'amélioration des services médicaux de première ligne, de même qu'au regard des principes et politiques régissant l'accès à ces services, du cadre légal et réglementaire applicable en matière de services de santé et de services sociaux et de tout encadrement pertinent concernant le fonctionnement des coopératives de santé » (MSSS, 2013, p. 1). Neuf organisations ont participé à la consultation organisée par le Groupe de travail : organisations représentant les coopératives (n=2), le milieu de la santé (n=4), les municipalités (n=2) et les intérêts des personnes retraitées (1).

1.7 Synthèses de la problématique et but de l'étude

La Coopérative de solidarité SABSA innove en termes de structures dans le domaine de la santé en offrant les services des soins adaptés pour une population non rejointe par les structures classiques, dans un cadre collégial qui favorise l'interdisciplinarité et le déploiement du plein potentiel des infirmières, dont celui d'une IPSPL pratiquant sans la présence de médecins sur place. Les services offerts reposent surtout sur des soins infirmiers et du travail social accomplis par du personnel adoptant une approche globale qui embrasse à la fois la santé physique, la santé mentale et la santé psychosociale. SABSA a pris corps dans des quartiers centraux de Québec où les besoins de soins de santé sont particulièrement criants, en raison notamment du départ massif à la retraite des médecins et des difficultés éprouvées pour assurer leur relève. Le statut de coopérative confère à SABSA une autonomie dans la gestion de ses activités. La formule coopérative « de solidarité » choisie par les fondateurs de la petite organisation comme par la majorité des coopératives de santé au Québec leur permet de réunir trois types de membres : travailleurs, utilisateurs et de soutien. Le modèle coopératif adopté par SABSA est une entreprise privée à but non lucratif issue de l'économie sociale et à visée démocratique reposant sur des valeurs et des principes. Lorsqu'il offre des services de santé, le modèle coopératif tâche de promouvoir, de maintenir et d'améliorer l'état de santé et les conditions de vie d'une communauté en regard de ses besoins et de faciliter l'accessibilité des services de santé. Les coopératives de services sociaux au Québec offrent principalement des services favorisant le soutien à domicile des personnes en perte d'autonomie.

Le cadre conceptuel élaboré par l'OPS et l'OMS présente les valeurs et les principes phares des équipes et des systèmes axés sur les SSP, de même que des éléments structurels et fonctionnels permettant d'établir des critères ou des caractéristiques considérées comme souhaitables pour les modèles de soins ainsi que les équipes qui offrent des services de première ligne. Certaines composantes de ce cadre s'apparentent aux valeurs, aux principes et missions des coopératives sociosanitaires.

Bien que les coopératives dans le domaine sociosanitaire ne soient pas nouvelles, il est possible d'observer la multiplication de ce modèle dans le monde au cours des dernières décennies. La dernière génération d'entreprises coopératives semble avoir pris son essor dans un contexte de crises économiques et politiques, de mondialisation, de perte progressive de pouvoir des États ainsi que de

privatisation. Ces contextes favoriseraient l'accentuation des problèmes d'accessibilité des soins de santé de même que les inégalités en matière de santé, notamment dans les milieux ruraux et les milieux les plus défavorisés. Pour contrer ces lacunes, certains chercheraient des solutions tournées vers la démocratisation et la transformation des institutions publiques et politiques par la responsabilisation et la participation citoyenne. Ces solutions prendraient parfois la forme du modèle coopératif. L'essor des coopératives sociosanitaires serait par ailleurs largement déterminé par l'espace qu'occupe le secteur public dans la prestation des services de santé et l'assurance maladie. Plus le secteur public est investi dans le financement, l'administration et la prestation des soins de santé, moins il resterait d'espace ou de demandes pour le développement d'entreprises privées comme les coopératives. Au Québec, l'essor des coopératives semble avant tout attribué aux difficultés d'accessibilité des soins de première ligne, surtout ressentie dans les régions rurales et périurbaines de la province. Cet essor aurait pour principale cause une répartition déficiente des ressources médicales sur le territoire et, plus largement, une piètre performance du système de santé et de services sociaux.

Les coopératives dans le domaine de la santé et des services sociaux sont potentiellement intéressantes pour la santé des communautés, notamment lorsqu'elles sollicitent la participation des citoyens. Au Québec plus particulièrement, des coopératives de santé participeraient à la revitalisation du territoire et au renforcement des soins de première ligne. Toutefois, des expériences ont mis en lumière certaines limites quant à la pérennité de l'identité coopérative et de la participation citoyenne dans ce genre d'entreprise. La théorie de l'action collective permet de mieux comprendre ce qui conditionne l'engagement des membres au sein d'une organisation. Dans certains cas, des coopératives ont pris des tangentes sujettes à controverse par l'utilisation qu'elles font du système de parts sociales, de cotisations annuelles et de vente de services. L'usage de ces procédés peut contrevenir aux principes d'accessibilité et d'universalité – qui prévalent au Québec comme au Canada, et plus largement dans les systèmes de santé axés sur les SSP – et contribuer à perpétuer les inégalités de santé. La place de l'économie sociale dans le domaine de la santé et la façon dont les coopératives se développent sont également discutables dans un contexte où l'État délègue de plus en plus la prestation des services de santé et des services sociaux au secteur privé.

Alors que la plupart des coopératives du Québec se développent en région rurale ou en région périurbaine, SABS A a été fondée au centre-ville de la seconde ville la plus peuplée de la province. Elle

demeure la seule coopérative de santé sur le territoire de cette municipalité selon le répertoire de la FCSDSQ. SABSA se démarque par son modèle interdisciplinaire à caractère fortement infirmier, démocratique et collégial, ce qui en fait un milieu autrement plus intéressant. Ce projet de recherche se penchera plus particulièrement sur le contexte d'émergence de la Coopérative de solidarité SABSA, autrement dit les conditions qui ont favorisé son apparition en Basse-Ville de Québec dans une province où le système de santé est public. Il tentera d'expliquer ce qui a poussé les initiateurs de ce modèle à mettre en place ce type d'organisation, dans un contexte où le mouvement coopératif en santé et services sociaux tend à prendre de l'expansion partout dans le monde.



1.8 Objectif général, question de recherche et sous-questions de recherche

L'objectif général de la recherche est de comprendre le contexte ayant favorisé l'émergence de la Coopérative de solidarité SABSA.

De cet objectif général se dégagent les questions suivantes.

Question générale de recherche :

- Quel est le contexte d'émergence de la Coopérative de solidarité SABSA?

Sous-questions de recherche :

- Dans quel contexte la Coopérative de solidarité SABSA émerge-t-elle ?
- Dans quelle mesure les contextes sur les plans microsociaux, mésosociaux et macrosociaux ont-ils influencé l'émergence de la Coopérative de solidarité SABSA?
- Qu'est-ce qui explique le choix du modèle coopératif lors de la création de la Coopérative de solidarité SABSA ?
- Comment le parcours professionnel et personnel des acteurs à l'origine de la création de la Coopérative de solidarité SABSA a-t-il influencé l'émergence de cette coopérative?
- Quelles précisions le cas de la Coopérative de solidarité SABSA permet-il d'apporter aux connaissances établies sur les contextes d'émergence des coopératives de santé et de services sociaux?
- Considérant les contextes favorisant l'émergence de coopératives de santé et de services sociaux, en quoi le cas de la Coopérative de solidarité SABSA se distingue-t-il?
- Quel sens peut-on attribuer à l'émergence de la Coopérative de solidarité SABSA en marge du système de santé et de services sociaux québécois?

Chapitre 2 : Recension des écrits

Ce chapitre est consacré aux éléments contextuels qui sont à même de nous permettre de mieux comprendre les conditions dans lesquelles apparaissent les coopératives de santé et de services sociaux et, plus globalement, les entreprises d'économie sociale.

L'objectif de cette section est de présenter l'état actuel des connaissances sur les contextes favorisant l'émergence de ce type de modèle. Pour ce faire, ce chapitre aborde les conditions d'émergence dans une perspective historique doublée d'une perspective évoluant du macrosocial au microsocial. Il sera d'abord question d'une « double condition » – la nécessité et la cohésion sociale – identifiée par plusieurs auteurs comme essentielle, mais insuffisante à l'émergence de tout projet issu de l'économie sociale. Les contextes macrosociaux (contextes socioculturels, socioéconomiques et politiques), dont relève également le développement de modèles de type coopératif, seront ensuite exposés. Entendu que la façon dont sont organisés les services de santé et les services sociaux affecte largement la présence de ce modèle dans différents pays et régions du monde et l'espace qu'il peut occuper dans le paysage sociosanitaire, la question des systèmes sera également traitée en interaction avec les contextes macrosociaux. Suivront les attributs des acteurs (groupes comme individus) à l'origine de la mise sur pied de projets coopératifs ainsi que les appuis essentiels à leur développement de même qu'à leur pérennité. Enfin, le contexte plus particulier du Québec à l'origine de l'expansion de ce type d'entreprises sera présenté. Une synthèse de l'état des connaissances fera ensuite le point sur l'ensemble de ces contextes d'émergence et sur la direction que prendra cette étude et sur sa pertinence. En dernier lieu, un cadre conceptuel développé à partir de la recension des écrits est proposé.

Les textes identifiés pour cette recension des écrits proviennent principalement de recherches documentaires ou d'études de cas. Des articles, des chapitres de livre, des rapports, des cahiers de recherche ainsi que des mémoires ont été mis à profit. Les bases de données ProQuest (IBSS), Web of Science et Google Scholar ont été interrogées au moyen des mots clés *coopérative de santé/services sociaux, coopérative, économie sociale/solidaire, tiers-secteur, santé, contexte/conditions d'émergence, émergence, origine, développement* utilisés seuls ou en combinaison, en français et en anglais. La recherche documentaire n'a pas été limitée à une période de temps spécifique. D'autres articles ont été trouvés suite à la lecture du texte et des listes de

références d'articles déjà recueillis. Une attention particulière a été accordée aux articles les plus souvent cités. Pour plusieurs des textes recensés ($n = 8$), les contextes d'émergence ne constituent pas l'une des dimensions principales étudiées, mais sont discutés à travers une mise en perspective historique ou à l'intérieur du contexte de l'objet de l'article (Bardelli-Jean, 2015; Boulianne, Fraisse et Ortiz, 2003; Brasseur et Murray, 2013; Chouinard et Fairbairn, 2002; Comeau et Girard, 2005; Girard et Lamothe, 2004; Kurimoto, 2014; Saucier, 2012). Pour ce qui est des autres textes ($n = 11$), les conditions d'émergences étaient parties prenantes des dimensions étudiées (Comeau et Girard, 1996; Defourny, 1995; Defourny et Develtere, 1999; Develtere et Fonteneau, 2003; Girard, 2005; Girard et Garon, 2000; Giroux, 2008; Martin, 2008; Nations Unies, 1998; Richer, 2005; Vaillancourt et Favreau, 2000).

Dans la littérature recensée, les auteurs réfèrent aux conditions d'émergence en adoptant différents vocables, soit des conditions qui favorisent la création, qui sont à l'origine de la mise en place ou, encore, du développement des coopératives ou plus largement des initiatives issues de l'économie sociale. Il est également question de facteurs favorables, neutres ou défavorables à leur création, des origines de l'organisation, de ce qui la fait naître, de sa genèse ou des contextes d'émergence. Il peut s'agir de contextes qui s'opèrent au niveau microsocial, mésosocial ou macrosocial.

Précisons en dernier lieu que les textes recensés distinguent peu les conditions qui mènent à l'émergence ou au développement des dérives de ce modèle et celles qui façonnent des réussites. Ainsi, tout au long de ce chapitre, nous proposons de garder à l'esprit que, parmi les expériences de coopératives réussies, se trouvent également des dérives sans que ce qui distancie ces extrêmes et les expériences qui se situent entre ceux-ci ne soit forcément précisé.

2.1 Conditions d'émergence des initiatives issues de l'économie sociale

Plusieurs visions théoriques portant sur l'origine des initiatives de l'économie sociale comme les coopératives existent (Defourny et Develtere, 1999; Develtere et Fonteneau, 2003; Richer, 2005), ce qui leur est commun serait leur « spontanéisme » ou leur « autofécondité ». Les coopératives naîtraient dans une population ayant pris conscience d'une carence ou d'une injustice vécue. Le rôle d'agents dit « catalyseurs », soit des acteurs extérieurs ou des leaders locaux, serait déterminant dans cette

prise de conscience ainsi que dans l'expression et la formulation du besoin ressenti. Cette prise de conscience donnerait ensuite lieu à une « chaîne de solidarité-bénévolat-solidarité » à l'intérieur de la population concernée qui mènerait à la mise en place d'un modèle de type coopératif dans le but de combler cette carence ou cette injustice (Develtere et Fonteneau, 2003, p. 16).

2.1.1 La nécessité et la cohésion sociale comme double condition d'émergence

2.1.1.1 Repères sociohistoriques

Les coopératives sont historiquement reconnues pour être le produit de deux conditions, soit la nécessité (un groupe de personnes vivant sous la pression de besoins importants et non satisfaits) et la cohésion sociale (un groupe de personnes soudé par une identité collective ou un destin commun) (Defourny, 1995; Defourny et Develtere, 1999; Develtere et Fonteneau, 2003; Richer, 2005). Au XIXe et au début du XXe siècle en Occident, la coopération s'organisait parmi les classes laborieuses, chez les gens les plus défavorisés éprouvés par la pression socioéconomique et luttant pour de meilleures conditions (Defourny, 1995; Martin, 2008; Vaillancourt et Favreau, 2000). La nécessité ressentie par ces populations s'inscrivait elle-même dans un contexte socioéconomique particulier, soit l'avènement du capitalisme moderne qui a permis d'augmenter le niveau de l'organisation économique et le niveau de vie culturelle de la société occidentale tout en favorisant l'exacerbation des écarts entre riches et pauvres, amplifiant la misère et créant des besoins nouveaux auxquels la coopération et l'association auraient tenté de répondre (Martin, 2008). Des caisses de secours mutuel ont ainsi été mises sur pied par des populations ouvrières et paysannes afin de pallier les difficultés d'accessibilité des services de santé auxquelles elles étaient confrontées. D'autres ont développé des coopératives de consommation afin de se procurer une alimentation à prix abordable alors que la création de coopératives de travailleurs traduisait plutôt la volonté d'artisans de préserver leur autonomie et la maîtrise de leur métier (Defourny et Develtere, 1999).

À cette époque, les classes laborieuses étaient certes dominées et parmi les plus exclues de la société, elles étaient également selon certains pourvues d'une forte solidarité, d'une identité collective consolidée par les épreuves et les conflits communs (Defourny, 1995; Defourny et Develtere, 1999). La cohésion sociale se serait cristallisée à l'intérieur de circonstances historiques singulières, de conditions de vie particulières et propres aux classes ouvrières ou d'un contexte culturel (langue, religion, territoire comme espace de vie commun) (Defourny, 1995). Le partage d'une ethnie, d'un lieu d'habitation, d'intérêts particuliers, d'une identité ou d'une profession peut également constituer des

leviers de la cohésion sociale (Develtere et Fonteneau, 2003). En milieu rural, la cohésion sociale assurée par des ferments socioculturels plus traditionnels tels que la religion, les normes familiales et l'identité villageoise aurait facilité l'émergence de coopératives ou de mutuelles. Selon Defourny et Develtere (1999), l'exemple du mouvement coopératif Desjardins au Québec et des coopératives agricoles flamandes en Belgique montre que le succès d'un projet collectif de la sorte peut être assuré lorsqu'il est question de défendre une identité collective minoritaire devant une majorité (au Québec, une minorité francophone et catholique face à une majorité anglo-saxonne et protestante; en Belgique, une minorité flamande et paysanne face à une majorité francophone issue de la bourgeoisie ou de la noblesse). D'après cette vision théorique, les coopératives seraient donc le fruit de besoins cruciaux ainsi que de gens partageant une identité collective ou un destin commun.

2.1.1.2 Une double condition façonnée par l'époque et le lieu

Les conditions de cohésion sociale et de nécessité au fondement de l'émergence d'une solution de type coopératif seraient façonnées par l'époque et le lieu. Dans les sociétés occidentales actuelles, la crise structurelle des sociétés et des économies ainsi que le recul de l'État-providence depuis les années 1980 participeraient à l'émergence de nouvelles nécessités (Boulianne et al., 2003; Defourny, 1995; Defourny et Develtere, 1999). Avant cette crise, l'intervention du secteur public dans le domaine de la santé et des services sociaux comblait majoritairement ces besoins et, par conséquent, limitait fortement l'essor des coopératives (Nations Unies, 1998).

Dans la même logique qu'au XIXe siècle, le potentiel de développement coopératif au XXe siècle serait plus grand dans les endroits où se situent les besoins les plus criants (Defourny, 1995). En Europe centrale et orientale, ce modèle se développerait dans un contexte où l'économie subit des mutations profondes et où l'État n'est plus aussi omniprésent que dans le passé, laissant des besoins insatisfaits (Defourny et Develtere, 1999). Dans les pays industrialisés occidentaux en général, le recul de l'État-providence, la crise de l'emploi et la transformation des économies (discutés plus en profondeur dans la section 2.1.3.1) auraient fait naître, chez des groupes auparavant protégés, de nouveaux besoins sociaux auxquels le marché et le public font face sans être en mesure de les satisfaire pleinement. Ces contextes favoriseraient l'expansion de ce modèle dans différents domaines d'intervention (Boulianne et al., 2003; Defourny et Develtere, 1999). Depuis les années 1980, les besoins sont d'ailleurs de plus en plus manifestes selon Defourny et Develtere (1999), ce qui justifierait l'observation

d'une nouvelle vague de développement de coopératives notamment en santé et services sociaux durant cette décennie et les suivantes (Girard, 2005; Girard et Garon, 2000).

La condition de nécessité serait en outre plus présente dans les pays qui sont soumis aux programmes d'ajustement structurel²⁹. Selon plusieurs, ces programmes soutiennent la diminution des dépenses publiques de l'État en vue d'épancher leurs dettes. Certains secteurs ont ainsi été pris à partie par le marché. Par conséquent, nombre de personnes nécessitant des services de santé se retrouvent à devoir financer les soins et traitements qu'elles reçoivent en tout ou en partie (Defourny et Develtere, 1999; Girard et Garon, 2000). Defourny et Develtere (1999) soulignent, à l'aide d'exemples tirés de pays d'Afrique et d'Amérique latine, que la qualité des soins assurés par le secteur public s'est détériorée, ce qui expliquerait également la création d'initiatives de type mutuel ou coopératif.

Quant à l'identité collective, elle serait aujourd'hui compromise pour plusieurs raisons, dont l'individualisme ambiant, la fragmentation des liens sociaux, l'affaiblissement de ciments traditionnels – tels que la religion – et le chômage (entendu que le travail consiste en un fort vecteur d'intégration sociale) (Defourny, 1995; Defourny et Develtere, 1999). Defourny (1995) constate en contrepartie que les sociétés occidentales actuelles sont empreintes d'une vie associative effervescente favorisant l'émergence d'organisations coopératives. Selon cet auteur, la transformation des identités collectives fortes par des « consciences collectives partielles » expliquerait ce bouillonnement. Ces consciences collectives partielles se concrétiseraient par une conscience commune de l'importance de se mobiliser pour des enjeux actuels à l'instar de la protection de l'environnement, pour des populations vulnérables ou, encore, pour répondre à des défis comme l'immigration et la coopération au développement. Ces consciences collectives partielles serviraient ainsi de socle aux initiatives associatives comme les coopératives qui émergent actuellement (Defourny, 1995; Defourny et Develtere, 1999).

Des exemples issus de la période coloniale et postcoloniale ainsi que de régimes communistes de l'ancien bloc de l'Est ont en outre montré qu'une réalité de type top-down impliquant des autorités – qui parfois tentaient d'intégrer les dynamiques coopératives dans le cadre de vastes projets politiques plutôt que de préoccupations émanant de la population – sabotait l'esprit d'initiative et la dynamique

²⁹ Les programmes d'ajustement structurel relèvent de politiques macroéconomiques mises en place par la Banque Mondiale et le Fond Monétaire International (FMI) en regard des pays endettés en échange de prêts, de subventions ou de l'allègement partiel de la dette (Labonte et Torgerson, 2005).

d'une coopérative ou d'une mutuelle. Au contraire, les ressorts communautaires actuels comprenant des initiatives très décentralisées nées de mouvements sociaux et de dynamiques villageoises en l'absence ou la quasi-absence de l'intervention de pouvoirs publics contribueraient à la cohésion sociale et au renforcement du sentiment d'identité collective (Defourny et Develtere, 1999).

Les deux conditions historiquement reconnues tendraient par ailleurs à s'effriter et même à disparaître dans certains domaines traditionnels de l'économie sociale (distribution, assurance, crédit, activités liées à l'agriculture) où la nécessité s'étirole à mesure que la facilité d'accès à ces services s'accroît. Quant à l'identité collective, celle-ci s'affaiblirait dans les coopératives comportant des dizaines à des centaines de milliers de membres, dont un nombre croissant de non membres. Ce phénomène se produirait plus particulièrement dans un contexte d'intense compétition et de centralisation du capital et entraînerait une remise en question de l'identité originelle de l'économie sociale (Defourny et Develtere, 1999).

2.1.1.3 Une double condition insuffisante

En outre, même si cette double condition semble constituer la base de l'éclosion d'entreprises de type coopératif et qu'elle permettrait d'éclairer « [...] les ressorts les plus profonds et les plus classiques de l'économie sociale, ceux que l'on retrouve à travers toute l'histoire de celle-ci » (Defourny et Develtere, 1999, p. 30), elle serait insuffisante (Defourny et Develtere, 1999; Develtere et Fonteneau, 2003; Richer, 2005). D'autres facteurs détermineraient également l'émergence de ces initiatives (Defourny et Develtere, 1999).

Des chercheurs et praticiens (n=49) représentant 25 pays de par le monde et interrogés au sujet des conditions d'émergence d'expériences d'économie sociale dans l'étude de Develtere et Fonteneau (2003) sont de cet avis. Les répondants s'accordent généralement sur la présence d'une coïncidence historique et internationale dans le développement de ces initiatives du fait que celles-ci naissent pour des raisons et selon des modes analogues, et ce, partout dans le monde. Ils réfutent par contre l'hypothèse de la double condition de nécessité et de cohésion sociale en soulignant son interprétation réductrice et l'existence d'autres contextes d'émergence. De plus, une partie de cet échantillon conteste l'idée de leur présence absolue. Ils s'appuient à cet effet sur l'exemple de l'intervention d'acteurs externes (ex. État, marché, intervenants du mouvement coopératif) dans plusieurs projets

coopératifs. La présence initiale de la condition de cohésion sociale³⁰ est également remise en question et la possibilité qu'elle se cultive plutôt au cours du développement de l'organisation est considérée, processus qui est également relevé par d'autres (Girard et Lamothe, 2004). La cohésion sociale est également évoquée comme une retombée de la participation des membres à l'organisation (Girard et Garon, 2000; Richer, 2005).

Par ailleurs, si la condition de nécessité est celle qui soulève le moins de questionnements auprès des répondants de cette étude, elle ne suffirait pas. Les besoins ressentis doivent également avoir été exprimés. La nécessité, lorsqu'elle engendre une situation de survie, peut en outre produire l'effet inverse de la coopération, soit le développement de stratégies de subsistances individuelles à l'intérieur d'activités informelles (Develtere et Fonteneau, 2003), et ce, surtout dans les grandes villes (Defourny et Develtere, 1999). Cet effet est également observé par les répondants qui mentionnent de surcroît l'importance de ne pas présumer trop rapidement du penchant naturel d'un groupe à l'égard de la solidarité. Ces textes ne précisent toutefois pas quand la nécessité (ou la demande) conduit à une offre qui prend la forme d'une coopérative plutôt qu'un autre organisme d'économie sociale.

Au sujet des conditions d'émergence d'expérience d'économie sociale, l'étude de Develtere et Fonteneau (2003) conclut qu'au-delà de la nécessité et la cohésion sociale, comprises comme conditions insuffisantes à l'émergence d'expériences d'économie sociale, un certain rapport avec l'État, un leadership et des ressources financières et humaines sont également à prendre en compte dans la genèse de ce type d'initiative (Develtere et Fonteneau, 2003), de même qu'un contexte global favorable incluant les conditions socioéconomiques, politiques et socioculturelles (Defourny et Develtere, 1999; Develtere et Fonteneau, 2003; Richer, 2005). Ces conditions sont traitées dans les prochaines sections.

³⁰ Selon les répondants de cette étude et les observations qu'ils ont pu faire sur le terrain, les leviers de la cohésion sociale sont le partage d'une ethnie, d'un lieu d'habitation, d'intérêts particuliers, d'une identité ou encore d'une profession. D'après cet échantillon, la cohésion sociale peut également constituer un moyen pour créer des alliances, réaliser des fusions ou mettre sur pied des groupes pour accroître son poids politique.

2.1.2 Perspective philosophique de l'origine du modèle coopératif

2.1.2.1 Impacts des idées des Lumières et utopisme

Pour certains, la coopération constitue d'abord une réalité vécue à la source de toute civilisation avant d'être un concept. En revanche, le modèle coopératif tel qu'il existe aujourd'hui tire plus précisément ses fondements des idées politiques découlant notamment du mouvement des Lumières (Bardelli-Jean, 2015; Martin, 2008). La philosophie des Lumières se trouve à être en grande partie responsable des révolutions démocratiques et serait, par le fait même, l'instigatrice de la pensée coopérative (Bardelli-Jean, 2015), dans la mesure où, à l'instar des fondements qui sous-tendent la démocratie, les idéaux de liberté et d'égalité constituent le socle du coopératisme moderne (Martin, 2008).

Martin (2008) qui interroge le paradigme coopératif sous le prisme de la philosophie avance que le modèle coopératif s'inscrit dans une tradition utopique. Nombre d'utopistes à travers les époques auraient contribué à l'idéal coopératif, tels que More, Bacon ou Rousseau³¹ empreints des idées des Lumières et originaires de pays préoccupés par le développement intellectuel et le développement industriel à grande échelle. Les idées transmises par leurs œuvres sont considérées comme précurseurs des courants socialistes et associationnistes dont fait partie la coopération moderne. Au moyen de récits à caractère utopique où sont présentées des structures communistes sans propriété privée, ces penseurs vont alimenter la coopération moderne et ce qu'elle est devenue à travers la nature de la structure du modèle coopératif. L'affiliation du modèle coopératif à la tradition utopique est également évoquée par Richer (2005) selon qui ces initiatives sont portées par des utopies, des projets fondateurs et des valeurs partagées.

2.1.2.2 Pluralisme idéologique et conceptualisation du modèle coopératif

Le pluralisme idéologique du XIXe siècle aurait également nourri de façon significative le mouvement coopératif par l'intermédiaire de penseurs issus de différents courants : ceux du libéralisme (promotion des sociétés d'entraide parmi les groupes de travailleurs), du nationalisme (le coopératisme est alors souvent instrumentalisé dans le cadre de vastes projets politiques) (Defourny et Develtere, 1999), du christianisme (qui découvre ses responsabilités sociales) de même que du judaïsme, du bouddhisme ou de l'islam marqueront plusieurs initiatives ainsi que du socialisme associationniste issu d'un univers

³¹ Thomas More avec *L'Utopie* (1516), Francis Bacon avec *La Nouvelle Atlantide* (1622), Jean-Jacques Rousseau avec *Du contrat social* (1762), *l'Émile* (1762), *La nouvelle Héloïse* (1761).

philosophique en transformation (Defourny et Develtere, 1999; Martin, 2008). Bardelli-Jean (2015) précise que le socialisme du XIXe siècle constituait un terreau fertile au développement du coopératisme chez les utopistes et chez les anarchistes qui tentent de trouver une alternative au modèle capitaliste adaptée aux classes laborieuses. Le socialisme, né en réaction à la crise engendrée par le capitalisme et estimé tout aussi utopique que la coopération, formulera des critiques envers le modèle coopératif qui l'obligeront à préciser ses fondements et ses pratiques (Martin, 2008). De façon générale, les penseurs du coopératisme croient qu'il revient à tout un chacun de se prendre en main et de construire collectivement un modèle distinct du capitalisme (Bardelli-Jean, 2015).

C'est dans un tel contexte au XIXe siècle que naîtra la première coopérative fonctionnelle, pérenne et arborant les idéaux coopératifs (Bardelli-Jean, 2015). En fondant cette coopérative en 1844, les pionniers de Rochdale, des tisserands de flanelle d'une petite ville d'Angleterre qui se sont réunis dans l'urgence pour trouver des moyens de contrer la misère, vont poser les jalons conceptuels et méthodologiques du mouvement coopératif en fixant les principes et en établissant des règles d'organisation technique (Martin, 2008). Les principes qu'ils fixent à la base du fonctionnement de leur coopérative – l'association de personnes aux besoins communs, la répartition proportionnelle des surplus, la liberté d'adhésion et de sortie, la neutralité politique et religieuse – sont d'ailleurs encore d'actualité (Bardelli-Jean, 2015), bien qu'ils aient été révisés avant d'être en partie adoptés en 1934 par l'Alliance coopérative internationale (Martin, 2008; Saucier, 2012). Les valeurs et les principes au cœur du projet coopératif sont le respect et la valorisation de la personne entendue comme être de liberté qui conduit à l'égalité reconnue des hommes, la promotion de l'autodétermination et du sens de la responsabilité, la solidarité comprise comme action commune vers un même but, et l'équité comme notion de justice dans les échanges, de distribution des biens et de perception des trop-perçus (Martin, 2008).

Par ailleurs, les initiatives de l'économie sociale proviendraient essentiellement de communautés locales (Bardelli-Jean, 2015; Chouinard et Fairbairn, 2002; Defourny et Develtere, 1999). Il est donc considéré comme logique qu'elles soient imprégnées des valeurs sociales, culturelles ou religieuses émanant de ces localités, ce qui expliquerait aussi l'éclectisme de ces initiatives (Defourny et Develtere, 1999).

2.1.3 Contextes politiques et socioéconomiques récents

2.1.3.1 Impacts des crises économiques et du mode de gouvernance

Comme mentionné dans la section 2.1.1.2, les conditions de nécessité et de cohésion sociale varieraient d'une époque et d'un territoire à l'autre. De plus, les conditions socioéconomiques et politiques feraient figure d'influence de cette double condition souvent présente, mais insuffisante à une pleine compréhension de l'émergence du modèle coopératif. Il était mentionné dans cette section que le recul de l'État-providence et la crise structurelle des sociétés et des économies occidentales étaient à l'origine de l'émergence de besoins nouveaux et du développement récent d'initiatives de type coopératif (Boulianne et al., 2003; Defourny et Develtere, 1999).

À l'origine, des principes d'équité et de justice sociale ont servi de socle à la mise en place de l'État-providence après la Seconde Guerre mondiale dans les sociétés occidentales (ou plutôt des États-providence comme certains le préciseront en raison de la pluralité de configuration que prendra cette forme étatique selon les sociétés où elle sera adoptée (Comeau et Girard, 1996)). Par la même occasion, les États se sont vus attribuer plusieurs fonctions, notamment sur le plan économique, comme la régulation et le soutien au développement. De cette façon, l'État a pu instaurer des programmes sociaux de même que des systèmes de transfert et de redistribution du revenu (Girard et Lamothe, 2004).

Un contexte économique précaire mettra toutefois en péril les acquis associés à l'instauration de ce modèle dès les années 1980. Quelques années auparavant, en 1973, à la suite du premier choc pétrolier, avait lieu une récession économique marquant la fin d'une période de croissance économique presque ininterrompue depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale en Occident, période couramment nommée « Trente glorieuses ». S'ensuivront une forte inflation et une croissance du chômage qui perdura durant les deux décennies suivantes. Les deux récessions économiques subséquentes (1980-1982 et 1990-1991) (Giroux, 2008) laisseraient transparaître que le modèle de développement économique et social prédominant durant ces trois décennies ne serait pas seulement en crise, mais en restructuration profonde (Vaillancourt et Favreau, 2000). Dans ce contexte économique, les États-providence font face à des difficultés financières d'envergure et éprouvent de plus en plus de difficultés à assurer leurs fonctions. Les États augmentent leurs dépenses, notamment pour subvenir aux besoins liés à l'aide sociale et à la santé, alors que le chômage provoque une réduction des revenus qui vont à l'État en raison de la diminution des impôts prélevés sur les salaires et des taxes provenant de la

vente de biens et de services (Giroux, 2008). Les programmes et les mesures autrefois satisfaits par l'appareil gouvernemental sont en péril, entraînant un mouvement contestataire à son égard et une remise en question de certains aspects des systèmes de santé (Girard et Lamothe, 2004; Giroux, 2008).

Un nombre croissant d'organisations issues du tiers secteur aurait par ailleurs émergé afin de répondre à des besoins qui ne sont plus comblés par les services offerts par l'État ou le marché (Girard, 2005; Girard et Garon, 2000; Richer, 2005). Au bout du compte, la crise de l'État-providence représenterait pour les entreprises d'économie sociale l'occasion de consolider leur présence auprès du système public (Vaillancourt et Favreau, 2000). Par leur présence croissante, ces entreprises peuvent être perçues dans ce contexte comme une façon de parer aux failles des services publics (Girard et Lamothe, 2004) de même qu'elles peuvent être considérées comme des catalyseurs du démantèlement du modèle providentialiste (Comeau et Girard, 1996). Durant la même période, en réaction au mode technocratique³² adopté par l'État pour la prestation des services, des citoyens revendiquent la possibilité de participer et d'influencer davantage les orientations, les choix et les façons de fournir les services de santé (Giroux, 2008).

Comeau et Girard (1996), dans un rapport proposant une analyse documentaire et descriptive portant sur le cas de 11 pays (Canada, États-Unis, Costa Rica, Panama, Brésil, Suède, Espagne, Inde, Sri Lanka, Malaisie, Japon), abordent la théorie de la régulation pour expliquer l'émergence puis la crise de l'État-providence ainsi que le développement de la génération de coopératives sociosanitaires qui s'ensuit. La théorie de la régulation tente d'expliquer les périodes historiques de crises et de mutations sociales et les modes de régulation qui se mettent en place pour y faire face. La crise de l'État-providence constitue, selon cette théorie, la crise d'un modèle de développement. Considérant cette théorie, ces auteurs avancent l'hypothèse que la troisième génération de coopératives³³, celles qui sont nées vers la fin des années 1980, se serait développée en réaction à cette crise et à des menaces de privatisation tandis que, dans les pays du Sud, elles seraient nées des limites des États se trouvant

³² Le mode technocratique est défini ici comme le renforcement des mécanismes de contrôle et de régulation par l'État en vue de contrer les difficultés auxquelles fait face le système de santé.

³³ Selon ces auteurs, la première génération de coopératives serait née dans les années 1940 dans le but d'assurer une protection aux travailleurs des sociétés qui hésitaient à adopter le modèle de développement fordiste dont est issu l'État-providence. La deuxième génération de coopératives aurait vu le jour dans les années 1960 sous l'impulsion des mouvements sociaux qui critiquaient la pratique des soins de santé dispensés par l'État-providence.

dans l'incapacité de répondre aux besoins de santé des populations. Toutefois, bien que plusieurs auteurs évoquent des origines similaires, ce rapport est le seul parmi les textes recensés à aborder cette théorie en relation au développement des coopératives.

De façon générale, les acteurs et praticiens interrogés pour l'étude de Develtere et Fonteneau (2003) estiment qu'un environnement macroéconomique favorable, décrit comme l'inverse des politiques d'ajustement structurel, impliquant un certain niveau de développement est essentiel à l'émergence d'initiatives coopératives. Tandis qu'au niveau politique, la stabilité et la volonté politique, un espace pour l'initiative (qu'elle soit informelle ou qu'il y ait une reconnaissance légale de la liberté d'association), la présence d'un cadre légal qui est favorable aux initiatives de l'économie sociale, l'existence d'une société civile – comprise comme un statut social de citoyens – active et mature et dont le rôle et la place dans le développement national soient reconnus représenteraient des caractéristiques qui font qu'un lieu est plus propice qu'un autre à l'émergence d'initiatives de l'économie sociale.

2.1.3.2 Courants néolibéraliste et sociocommunautaire

Selon certains, la crise de l'État-providence ouvrirait la voie à deux autres modèles de développement coexistant ayant un impact sur le développement d'organisations issues de l'économie sociale, soit le modèle néolibéraliste et le modèle alternatif (Comeau et Girard, 1996; Girard et Lamothe, 2004). Les adeptes de ce dernier modèle sont caractérisés par leur volonté d'une plus grande démocratisation des lieux de production et de consommation, l'auto-organisation d'activités à visée sociale ainsi qu'un nouveau rôle que pourrait adopter l'État dans une perspective de développement social. Un modèle comparable est présenté par Girard et Lamothe (2004) sous le vocable de « courant sociocommunautaire ». Ce courant suggère de décentraliser et de démocratiser des services dans une perspective locale tout en redéfinissant les services et les pratiques professionnelles. Ce faisant, il appellerait à une plus grande mobilisation de la société civile (Girard et Lamothe, 2004).

Comeau et Girard (1996) caractérisent le modèle néolibéraliste par « l'accentuation de l'impératif technico-économique, l'affaiblissement des règles collectives dans les entreprises, la déréglementation et la réduction à un État minimal » (p. 9). Le néolibéralisme est défini par Saucier (2012) comme « [...] le courant de pensée et de politiques assimilant l'amélioration du bien-être humain au renforcement des capacités entrepreneuriales individuelles, dans un contexte institutionnel et étatique où triomphent

les droits de propriété, le libre marché et le libre-échange » (p. 608). Les premières politiques néolibérales auraient fait leur entrée dans le courant de la crise structurelle qui succède aux Trente glorieuses.

Compris également à l'intérieur d'un contexte de mondialisation croissante, ce courant agirait comme vecteur d'une certaine représentation du social et de la nature humaine se situant, selon Saucier (2012), en nette opposition de l'idéal coopératif³⁴. Il influencerait par ailleurs les économies et aurait des retombées sociopolitiques dans de nombreuses sociétés au Sud comme au Nord (Saucier, 2012) en encourageant notamment le désengagement de l'État par de multiples mesures (abolition de l'universalité des programmes qui assure l'accessibilité des services pour tous, la promotion d'une plus grande sélectivité, le développement de la tarification, la privatisation) (Girard et Lamothe, 2004).

Selon Boulianne et al. (2003), les innovations solidaires³⁵ actuelles émergeraient en réaction à ce second modèle et comme une alternative à la mondialisation néolibérale et à l'accroissement des inégalités sociales et économiques. Ce dernier constitue un défi commun à tous les pays, en dépit du fait que les contextes nationaux et continentaux comportent des différences majeures. Ce défi donnerait lieu à une multiplication des innovations solidaires partout dans le monde, par des individus qui s'allieraient « [...] au sein de milliers de réseaux informels, d'associations, d'organisations non gouvernementales ou d'entreprises collectives [...] » (Boulianne et al., 2003, p. 47). Différents domaines seraient ainsi touchés par cette mouvance comme l'éducation, la santé, le logement, l'alimentation et l'emploi (Boulianne et al., 2003).

Vaillancourt et Favreau (2000) présentent enfin deux façons d'appréhender l'économie sociale, évoquées lors de débats sur cette avenue et dans un contexte néolibéraliste : 1) comme un moyen de

³⁴ La *Déclaration sur l'Identité Coopérative Internationale* adoptée et révisée par l'Alliance coopérative internationale (1995) reflète selon Saucier (2012) l'idéal coopératif. Celle-ci contient les principes (l'adhésion volontaire et ouverte à tous, le pouvoir démocratique exercé par les membres, la participation économique des membres, l'autonomie et l'indépendance, l'éducation, la formation et l'information, la coopération entre les coopératives et l'engagement envers la communauté) et les valeurs du coopératisme (la prise en charge et la responsabilité personnelles et mutuelles, la démocratie et la transparence, l'équité, l'égalité et la responsabilité sociale, l'honnêteté et la solidarité et l'altruisme).

³⁵ Boulianne et al. (2003) utilisent la notion d'*économie solidaire* pour parler de ces innovations. Les auteurs apportent des précisions sur le choix du vocable : « En Europe occidentale et au Québec, elles ont d'abord été désignées par le vocable d'économie sociale; les pratiques développées au cours des dernières décennies pour assurer des services aux personnes, qui répondent à de nouveaux besoins liés à la transformation des économies et de l'État-providence, sont plutôt qualifiées d'économie solidaire ou de nouvelle économie sociale » (p. 48). Ils définissent l'économie solidaire comme « [...] l'ensemble des activités de production, de distribution et de consommation contribuant à la démocratisation de l'économie à partir d'engagements citoyens tant au niveau local que global (p. 50).

revaloriser la société civile et de participer à la démocratisation des réponses de plusieurs besoins non comblés, à la remise en question du marché et de l'État et à la création de nouveaux emplois, 2) comme une économie qui s'adapte aux contraintes du néolibéralisme et comme une menace aux acquis sociaux et syndicaux.

Cependant, la littérature recensée mesure surtout les distinctions entre ces différents courants (providentialiste, néolibéraliste, sociocommunautaire) sans préciser les différentes formes qu'ils peuvent prendre, leurs multiples interconnexions et leurs effets sur le développement du modèle coopératif. Ces nuances conceptuelles à considérer s'inscriraient dans une logique comparable à celle évoquée par Develtere et Fonteneau (2003, p. 47) selon laquelle il y a une constante interaction entre tiers secteur, secteur privé et secteur public qui s'incarne par une interférence, un chevauchement et une perversion permanente.

2.1.3.3 Impacts du politique sur la perception du modèle par la population

Dans un autre registre, des auteurs ont relevé les effets du politique sur la perception des coopératives par la population et le développement de ce modèle. Différents mécanismes peuvent venir moduler cette perception, notamment l'instrumentalisation du modèle à des fins politiques. L'exemple de l'Europe de l'Est précédemment évoqué, où les coopératives ont été utilisées par le régime communiste, montre que la perception de la population envers ce modèle a longuement été teintée par cette expérience, faisant obstacle à leur développement qui s'opère tout de même, mais sous des appellations différentes (Defourny, 1995). Il en est de même pour certains pays d'Afrique où des États ont utilisé le modèle coopératif dans l'intention de contrôler les populations. Le scepticisme au sein de celles-ci qui découle de cette instrumentalisation explique que, malgré ce qui serait escompté, les coopératives n'apparaissent pas (Comeau et Girard, 1996).

L'étude des Nations Unies évoque également l'attitude des pouvoirs publics à l'égard du modèle ainsi que les perceptions et positions – de la population, du mouvement coopératif lui-même et de son engagement dans le secteur sociosanitaire, des parties prenantes impliquées dans ce secteur, des professionnels de la santé et de différents groupes – comme des facteurs favorables, neutres ou défavorables à la création de ce modèle. Quoi qu'il en soit, ces facteurs sont, selon cette étude, à prendre en compte seulement s'il existe un espace pour le développement d'entreprises coopératives. Cet espace est déterminé par l'ampleur de la responsabilité du secteur public pour ce qui est de la

prestation des services sociosanitaires (de même que l'assurance) et par l'efficacité de ces services (Nations Unies, 1998).

2.1.4 Les systèmes de santé et de services sociaux

2.1.4.1 Répercussions des contextes macrosociaux sur les services publics

La crise de l'État-providence et les conséquences qui s'ensuivent sur le plan des services assurés par l'État (Comeau et Girard, 1996) favorisent l'apparition d'initiatives privées, notamment de coopératives, d'où la survenue subséquente d'une vague de développement d'un tel modèle dans ce secteur (Girard et Lamothe, 2004). Selon Comeau et Girard (1996), les réformes des systèmes sociosanitaires qui ont eu lieu dans les dernières décennies notamment dans les pays de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE) sont influencées par trois courants simultanés discutés dans la précédente section, soit le maintien de l'État-providence, le courant néolibéraliste et le courant alternatif. La crise des États-providence conjuguée au courant néolibéraliste concourraient par ailleurs aux modifications du rapport public-privé dans les services de santé et les services sociaux dans les pays dits développés comme dans ceux en voie de développement (Girard et Garon, 2000; Richer, 2005). Le courant néolibéraliste, en venant remettre en question le budget octroyé au domaine de la santé dans la perspective de réduire le poids des dépenses publiques dans l'économie, risquerait par la même occasion une remise en question du rôle de protection sociale attribué à l'État lors de la mise en place du modèle providentialiste (Giroux, 2008).

Pour ce qui est des pays qui ont instauré un système de santé majoritairement public, plusieurs évoquent que le réseau aura de plus en plus à composer avec les secteurs privés à but lucratif et non lucratif qui s'investissent dans les espaces où l'État s'est désengagé (Defourny et Develtere, 1999; Girard et Garon, 2000; Nations Unies, 1998). La privatisation des services s'est établie de façon plus directe dans certains pays comme le Royaume-Uni et l'Italie qui auraient amplement ouvert la voie au secteur privé en aménageant le secteur public de façon à favoriser cette alternative (Nations Unies, 1998). Pourtant, l'accroissement de l'investissement du secteur privé à but lucratif dans les services de santé risquerait d'accroître les écarts en matière de santé. Nombre d'études portant sur les expériences des pays de l'OCDE ont montré que la cohabitation d'un système public et d'un système privé est plus onéreuse pour les citoyens comme pour l'État en plus d'avoir pour effet la diminution de

l'accessibilité des services pour les populations les plus défavorisées (Giroux, 2008). Quant aux pays qui sont sous le joug des institutions financières internationales (à l'image de la Banque mondiale et du Fonds monétaire international), ceux-ci se voient contraints à une limitation considérable des pouvoirs publics, créant une brèche partiellement colmatée par le secteur privé (Defourny et Develtere, 1999; Girard et Garon, 2000).

2.1.4.2 Couverture sanitaire et accessibilité

L'ampleur de l'intervention du secteur public dans le financement et la prestation des services de santé et des services sociaux influencerait considérablement l'apparition de modèle de type coopératif dans ce champ d'action (Nations Unies, 1998). La situation des pays développés présentée par Girard et Lamothe (2004) dans une étude recensant des écrits sur les coopératives offrant des soins et des services de santé de première ligne montre que l'étendue des rôles et des fonctions de l'État dans le domaine de la santé influence l'apparition des coopératives, leur type et la nature des services qu'elles offrent.

Une étude datant de 1996, dont l'un des mandats était de dresser un état de la situation de la présence des coopératives dans l'offre de soins et des services de santé de première ligne en comparant le Canada à d'autres pays développés, montre que les conditions d'émergence des coopératives se particularisent notamment selon qu'un pays dispose ou non d'une couverture sanitaire complète (Comeau et Girard, 1996). Là où une couverture sanitaire universelle est en place, comme au Canada et en Suède, des coopératives sont créées surtout par des usagers ou travailleurs insatisfaits de la qualité des services ou des professionnels de la santé qui désirent travailler différemment. Une partie importante de la population mondiale n'a pourtant qu'accès à une couverture partielle, rendant l'accès à des soins de santé difficile pour ceux qui n'ont pas les fonds nécessaires pour défrayer les coûts de ces services. Il en est ainsi pour plusieurs pays répertoriés par cette étude, dont le Brésil, le Panama, le Costa Rica, l'Inde et le Sri Lanka. Dans ce cas, l'obstacle financier consisterait en un facteur susceptible de conduire des individus à se regrouper pour former des coopératives de santé afin de combler leurs besoins en matière d'accessibilité des services de première ligne.

De façon générale, l'accessibilité varie d'un pays à un autre de même que des fluctuations sont observées entre les groupes et les individus d'un même pays. Elle serait surtout problématique pour

les populations vivant en région rurale, les personnes défavorisées et les personnes âgées (Bardelli-Jean, 2015; Comeau et Girard, 1996; Kurimoto, 2014).

Outre cette conjoncture, l'organisation de l'offre de services de santé semble être amenée à être repensée en raison de plusieurs forces contextuelles. Parmi celles-ci, les changements démographiques, l'apparition de nouvelles maladies et leur chronicité, le développement rapide et constant des connaissances et des technologies et l'explosion des coûts qui y sont associés (Comeau et Girard, 1996; Girard et Lamothe, 2004; Giroux, 2008; Nations Unies, 1998). Ces forces contextuelles auraient pour conséquence une plus grande prise en charge au niveau ambulatoire ou à domicile et favoriseraient l'apparition de nouveaux types de prestataires privés comme les coopératives. Le type de modèle qui émerge serait lui-même influencé par des facteurs liés à des contextes d'ordre démographique, sociopolitique, organisationnel et professionnel (Girard et Lamothe, 2004).

En dépit des multiples contextes, partagés mondialement et propres à chaque pays, les conditions locales d'accès à des services de santé de qualité semblent constituer la raison d'être initiale de la majorité des initiatives émanant du secteur privé.

2.1.4.3 Conditions de l'exercice des coopératives dans le champ de la santé

Comeau et Girard (2005), dans un texte qui interroge la place des coopératives dans le champ de la santé, comparent la communautarisation (transfert des ressources du secteur public vers les OSBL et les coopératives), la familialisation (transfert des ressources et des responsabilités vers les ménages, et surtout les femmes) ainsi que la privatisation (transfert des ressources du secteur public vers le secteur privé à but lucratif). Ils suggèrent que même si la communautarisation semble préférable aux deux autres processus et qu'elle constituerait une solution au dilemme étatisation/privatisation, « [...] elle ne devrait pas être réalisée de manière néolibérale, en légitimant le désengagement de l'État, en dualisant la société, en précarisant l'emploi et en faisant d'elle un instrument » (p. 8).

Au regard de l'engagement de l'État, l'économie sociale en santé est perçue par certains comme un élément souhaitable du système de santé lorsque l'État et le secteur public s'engagent, de façon non exclusive, au financement, à la régulation et à la prestation des services (Comeau et Girard, 2005). Dans le modèle solidaire privilégié par le Centre interdisciplinaire de recherche et d'information sur les entreprises collectives (CIRIEC), l'État demeure la première instance régulatrice et redistributrice alors que l'économie sociale assure un rôle pour certains services non offerts par le secteur public

(Vaillancourt et Favreau, 2000). Les initiatives de l'économie sociale seraient donc intéressantes du moment qu'elles investissent les espaces où les besoins sont importants et peu (ou pas) satisfaits par le public (Defourny et Develtere, 1999) de même que lorsqu'elles subviennent aux besoins de populations exclues des services en place (Richer, 2005). C'est d'ailleurs dans ce type de conditions que les Nations Unies reconnaîtraient la pertinence de l'option coopérative en santé et services sociaux, surtout dans les pays où la présence de l'État est très limitée et lorsque les coopératives permettent de contrer l'exclusion de larges pans de population résultant des systèmes sociosanitaires ayant couramment recours à des organisations à but lucratif (Girard et Garon, 2000). Cette vision impliquerait d'emblée que les services publics soient maintenus et renouvelés, sans qu'il y ait de substitution d'emplois. Les organisations de l'économie sociale seraient tenues, dans ces conditions, de s'assurer de la qualité des services, des conditions de travail et de la rémunération (Vaillancourt et Favreau, 2000).

La communautarisation est également dite intéressante à la condition qu'une réelle logique de partenariat soit engagée entre toutes les parties prenantes, impliquant un respect réciproque de l'autonomie de chaque (Comeau et Girard, 2005). Pour plusieurs, l'autonomie des initiatives issues de l'économie sociale vis-à-vis de l'État et du marché semble d'autant plus importante (Develtere et Fonteneau, 2003) pour éviter les risques liés à leur instrumentalisation sous forme d'outil de gestion à faible coût des impacts socioéconomiques du capitalisme mondialisé (Boulianne et al., 2003). Boulianne et al. (2003) précisent qu'en raison de la survie difficile de ce type de modèle, les acteurs impliqués pourraient avoir à faire face à la tentation d'accepter des stratégies d'adaptation à la globalisation, adaptation qui confinerait ce secteur à une assistance à la survie des plus défavorisés tout en faisant abstraction d'une remise en question des logiques qui sous-tendent la globalisation néolibérale. Considérant cela, l'utilité de ce type de modèle, selon ces auteurs, résiderait en la possibilité d'en apprendre et de mieux structurer une économie alternative à l'économie capitaliste néolibérale. L'établissement d'un projet sociétal commun est enfin également perçu comme important pour éviter l'écueil d'éparpillement et de banalisation des pratiques de l'économie sociale (Boulianne et al., 2003).

L'application des principes identitaires des coopératives serait également un élément constitutif de leur caractère souhaitable, notamment le principe de participation des membres à la gestion et à

l'amélioration des services et ses effets sur la cohésion sociale. Les participants de l'étude de Develtere et Fonteneau (2003) s'accordent en règle générale pour dire que les initiatives privées issues de l'économie sociale sont plus dynamiques et innovatrices que les structures issues du secteur public. Elles pourraient selon eux également tempérer l'individualisme et l'égoïsme compris comme conséquences de la modernisation ou du capitalisme, favoriser la transmission et la mise en pratique de la participation, de la solidarité et du bénévolat, contribuer à la démocratisation de la sphère publique ainsi que parer au manque de capacité d'autorégulation de l'État comme du marché (Develtere et Fonteneau, 2003). Les dynamiques participatives devraient néanmoins, au même titre que la démocratie, être continuellement stimulées (Defourny et Develtere, 1999) afin qu'elles puissent permettre de contribuer à l'amélioration de la pertinence et de la qualité des services offerts ainsi que de la cohésion sociale (Richer, 2005).

Finalement, Richer (2005) fait appel au concept d'utilité sociale développé par Gadrey pour évaluer l'impact des organisations de l'économie sociale. Cinq dimensions possibles de l'utilité sociale sont déployées dans cette grille d'évaluation : « a) une dimension économique (moindre coût collectif, impacts sur le développement économique local...), b) une dimension de lutte contre l'exclusion et les inégalités, c) le développement de liens sociaux de proximité et de démocratie participative, d) une dimension d'innovation sociale, dans la découverte de besoins émergents et la mise en œuvre d'innovations organisationnelles, e) les effets de diffusion des innovations internes, avec des impacts sociétaux dépassant les frontières des associations » (pp. 35-36). Ces dimensions peuvent indiquer dans quelles conditions ces initiatives peuvent apporter une contribution intéressante et se distinguer ou agir en complémentarité de l'économie privée lucrative et l'économie publique (Richer, 2005).

2.1.5 Caractéristiques des acteurs et appuis au développement

2.1.5.1 Rôles et caractéristiques des acteurs

Plusieurs auteurs évoquent les caractéristiques des individus, des groupes et des communautés qui sont à la source de ces initiatives et leurs rôles dans leur développement (Bardelli-Jean, 2015; Chouinard et Fairbairn, 2002; Comeau et Girard, 1996; Defourny et Develtere, 1999; Develtere et Fonteneau, 2003; Girard et Garon, 2000; Nations Unies, 1998; Richer, 2005). Les initiatives de l'économie sociale sont, dans leur forme comme dans leur caractère, largement issues du régional ou

du local. Des groupes de personnes, des communautés locales ou des mouvements sociaux seraient le plus souvent à la source de ce type d'initiative, et ce, dans le but de résoudre un problème qui les touche (Bardelli-Jean, 2015; Chouinard et Fairbairn, 2002; Defourny et Develtere, 1999). Chouinard et Fairbairn (2002) mettent en évidence la part qu'occuperaient les mouvements sociaux et la société civile dans l'émergence de l'économie sociale. Pour illustrer leurs propos, l'exemple de l'Amérique du Nord, où les innovations sociales ou économiques sont le plus souvent le résultat de groupes ou communautés qui sont en recherche de solution à des problèmes sociaux ressentis, est mis en exergue.

Analyser le profil des personnes et des groupes promoteurs à la source de la mise sur pied de ce type de projet serait essentiel afin de mieux comprendre ce qui détermine leur pérennité (Richer, 2005). Parmi les acteurs qui portent les projets coopératifs sont répertoriés des professionnels de la santé, des administrateurs d'établissement de santé, des travailleurs syndiqués et des utilisateurs de services (Comeau et Girard, 1996). Les cas vénézuéliens étudiés par Richer (2005) montrent que les initiatives viennent le plus souvent de groupes d'individus qui cherchent soit à améliorer leurs conditions de vie par l'accès à des soins de santé et à des professionnels ou à améliorer leurs conditions de travail. Cette volonté d'amélioration des conditions de vie comme des conditions de travail est également relevée par d'autres études (Comeau et Girard, 1996; Girard et Garon, 2000; Nations Unies, 1998). À titre d'exemple, dans les années 1990 en Argentine, des professionnels de la santé auraient développé des coopératives pour combler les besoins de santé des habitants locaux tandis qu'au Bénin, le blocage d'embauche de professionnels tout juste diplômés aurait mené au développement de coopératives à dessein de leur assurer un emploi et d'améliorer les services de santé (Nations Unies, 1998).

Par ailleurs, bien que Defourny et Develtere (1999) se soient plus précisément attardés aux conditions de nécessité et d'identité collective, ils soulignent que ces conditions ne sont pas uniques et mentionnent l'importance du leadership. Les personnes qui portent ce qualificatif, les « leaders », sont définies comme des « entrepreneurs sociaux », des personnes rares, mais indispensables qui, seules ou à plusieurs, ont la capacité d'assurer le dynamisme et la rigueur économique essentielle à une entreprise. À cela, s'ajoute leur aptitude à animer et mobiliser des acteurs, partie prenante de l'entreprise, autour d'une finalité sociale. L'étude de Richer (2005) mentionne que, dans certains cas,

la présence de leaders compétents et engagés – ajoutée à des appuis extérieurs et une identité locale forte – a contribué à la pérennité des organisations à l'étude. La présence du leadership revient également presque systématiquement dans les réponses des chercheurs et praticiens interrogés par Develtere et Fonteneau (2003). Selon ceux-ci, les leaders sont perçus comme essentiels à l'émergence ainsi qu'au développement de ces initiatives. Ces leaders sont décrits comme charismatiques et ayant la capacité de percevoir les besoins et de mobiliser une équipe.

De façon générale, dans les régions qui subissent les contrecoups de la crise de l'État-providence et où le mouvement coopératif est présent depuis longtemps, les citoyens qui ont une bonne connaissance et souvent une expérience directe de ce mouvement seraient plus à même d'opter pour une formule coopérative lorsqu'il est question de choisir un moyen de répondre aux besoins de collectivités locales (Nations Unies, 1998). La connaissance et l'expérience auprès du mouvement coopératif des instigateurs d'une coopérative représenteraient un élément explicatif du choix d'une alternative coopérative plutôt que d'un autre type d'entreprise d'économie sociale.

2.1.5.2 Facteurs dynamiques et relatifs au fonctionnement et leviers d'intervention

Les répondants de l'étude de Develtere et Fonteneau (2003) ajoutent au leadership des facteurs dynamiques et des facteurs relatifs au fonctionnement comme déterminants de l'émergence et du développement de ce type d'initiatives. Un premier facteur dynamique renvoie au rôle d'agents externes dans la genèse et le développement de ces organisations. Ces agents, dits « catalyseurs », auraient une influence déterminante dans la prise de conscience ainsi que dans l'expression et la formulation des besoins. Ces acteurs seraient secondés par des leaders locaux détenant une certaine autorité sociale en raison de leur place au sein de la collectivité. Ils favoriseraient la création d'alliances indispensables au développement de l'organisation (Develtere et Fonteneau, 2003). Un second facteur dynamique concerne tout ce qui a trait aux possibilités de financement, au soutien technique et à la capacité à mobiliser ces appuis vus comme nécessaires à l'éclosion d'un projet issu de l'économie sociale (Comeau et Girard, 1996; Develtere et Fonteneau, 2003). Un second type de facteur, les facteurs relatifs au fonctionnement de l'organisation, représente des valeurs non quantifiables comme la confiance, la stabilité, la coopération dans le travail, la conviction, le dévouement, le sens et la signification que les activités entreprises suscitent auprès des membres (Develtere et Fonteneau, 2003; Richer, 2005). Les répondants considèrent les facteurs relatifs au fonctionnement comme tout aussi indispensables à l'émergence et au développement de l'organisation. Est finalement également

à prendre en compte la capacité de gérer des conflits afin d'assurer et de préserver la cohésion sociale dans une structure collective où la discorde est inévitable (Develtere et Fonteneau, 2003).

Le gouvernement peut en outre adopter des positions qui favorisent le développement d'initiatives de type coopératif, constituant un levier important pour les individus et groupes désirant développer des services de santé en recourant à ce modèle. Comme mentionné précédemment, l'État aménage parfois directement un espace pour la mise en place d'alternatives privées (Nations Unies, 1998). Ainsi, entre les années 1980 et 2000, au Canada comme ailleurs en Europe, les expériences d'économie sociale découleraient le plus souvent de la coopération entre professionnels et usagers qui ont pu profiter de projets spéciaux ou de programmes gouvernementaux (Chouinard et Fairbairn, 2002). La réussite de ce type de projet reposerait notamment sur la volonté convergente des acteurs impliqués : coopérateurs, professionnels de la santé, ministres, fonctionnaires et citoyens (Comeau et Girard, 1996).

D'autres évoquent le rôle des coopératives dans le développement de services distincts de leur mission originelle. Ainsi, des coopératives du domaine agricole ou de l'habitation (Comeau et Girard, 1996), des coopératives financières ou de consommation ou, encore, des fédérations de coopératives multisectorielles (Richer, 2005) ont développé des services de santé afin de combler des besoins exprimés par leurs membres. Le développement de services distincts est toutefois rare dans les pays où le mouvement coopératif est fractionné par secteur d'après l'étude des Nations Unies (1998). Ce fractionnement favoriserait une certaine intolérance à l'égard d'entreprises coopératives dans des domaines d'intervention autres.

2.2 Regard sur le contexte québécois

L'émergence de l'économie sociale, des coopératives de services à domicile, puis des coopératives de santé est introduite en vue de mieux comprendre le contexte particulier du Québec dans lequel s'inscrit la Coopérative de solidarité SABSA.

2.2.1 Émergence de l'économie sociale et des coopératives de services à domicile

Bien que des formes d'économie sociale existent depuis le XVIIIe siècle par la formation de sociétés d'entraide et de mutuelles d'assurance dans les milieux ouvriers en réaction à l'absence de

programmes publics de sécurité sociale, ce n'est que dans les années 1990 que la notion d'économie sociale fait son entrée sur la place publique au Québec. Deux événements marquants seraient à l'origine de la sortie publique de ce type d'économie, soit (1) la Marche des femmes contre la pauvreté à l'initiative de la Fédération des femmes du Québec qui mène à la création d'un Comité d'orientation et de concertation sur l'économie sociale et des comités régionaux d'économie sociale et (2) le Sommet sur l'Économie et l'Emploi à l'initiative de l'État qui aboutit à la création d'un groupe de travail sur l'économie sociale (Giroux, 2008; Vaillancourt et Favreau, 2000). Ces deux événements révéleraient que l'économie sociale québécoise serait non seulement l'affaire de mouvements sociaux et de militantisme, mais également du gouvernement québécois (Vaillancourt et Favreau, 2000).

Au Québec, l'action collective dans le domaine sociosanitaire remonterait au milieu du XIXe siècle. Des mutuelles sont créées comme outil de protection des risques liés à la survenue d'un décès (Girard et Garon, 2000), mais comme ailleurs, le secteur privé aurait pris de l'ampleur dans le domaine sociosanitaire après la crise du modèle providentialiste. Cette crise favoriserait « [...] l'émergence de nouvelles pratiques sociales relevant de la société civile, notamment dans les domaines de la santé et du bien-être, de l'emploi (maintien et insertion à l'emploi) et du développement local et régional » (Vaillancourt et Favreau, 2000, p. 8) et représenterait une circonstance opportune pour le secteur privé, incluant les coopératives, pour consolider sa présence auprès du système de santé public québécois (Bardelli-Jean, 2015; Vaillancourt et Favreau, 2000).

Les services à domicile représentent un domaine propice au développement des coopératives dès les années 1980. Entre les services offerts par l'État qui se trouve en situation de réduction/plafonnement des ressources et les entreprises à but lucratif qui participent à l'accroissement des inégalités sur le plan de l'accès et de la qualité des soins, des besoins restent à satisfaire. Les coopératives de services à domicile émergeraient alors dans les interstices du public et du privé à but lucratif et se développeraient dans l'optique de répondre à des besoins d'usage (accessibilité, qualité et disponibilité des services, conditions de travail) à l'intérieur d'un cadre qui favorise la participation démocratique (Girard et Garon, 2000). Les coopératives vont par exemple offrir des services à des personnes en légère perte d'autonomie n'ayant pas accès aux services offerts par les établissements publics, car jugées non prioritaires. Elles contribueraient également à l'offre d'emploi dans un contexte où le chômage est particulièrement important chez les femmes, et surtout chez celles qui sont estimées peu

qualifiées (Comeau et Girard, 2005). La nécessité favoriserait donc l'éclosion de ce modèle dans le domaine des soins à domicile (Comeau et Girard, 2005; Girard et Garon, 2000). Le modèle coopératif deviendrait par ailleurs d'une certaine façon avantageux pour l'État qui y verrait une façon de décourager le travail au noir en encourageant les familles à faire appel à des entreprises, et pour les syndicats qui privilégieraient le développement d'entreprises d'économie sociale (Comeau et Girard, 2005).

2.2.2 Émergence des coopératives de santé

À l'inverse des coopératives de services à domicile qui répondaient à un mouvement d'ensemble lorsqu'elles se sont développées dans les années 1980, les coopératives offrant des services de santé, nées à partir de la fin des années 1990, répondraient à des démarches qui proviennent du local (Girard, 2005). Le rapport réalisé par Girard et Garon (2000), proposant un portrait des coopératives sociosanitaires québécoises, montre qu'une multitude de contextes sont à leur origine : absence de ressources, volonté de participer à l'organisation du travail, large consensus autour de besoins émergents. Néanmoins, elles s'inscriraient de façon générale comme « une composante de l'évolution des rapports public-privé dans les services de santé et les services sociaux » (p. 1).

De plus, à la crise de l'État-providence et aux effets du courant néolibéraliste sur les politiques publiques, s'ajoutent d'autres défis et enjeux qui contribueraient à la remise en question de certains aspects du réseau public et à la compréhension du développement de l'économie sociale dans le domaine de la santé et des services sociaux au Québec. Ces défis, qui s'apparentent aux forces contextuelles évoquées dans la section 2.1.4.2, se démarquent sur le plan démographique (vieillesse de la population, immigration, multiethnicité), le plan social (éclatement de la famille, perte de solidarité primaire, progression de nouvelles formes de maladies telles que le sida et le cancer, apparition de nouveaux problèmes sociaux comme la violence, le suicide, l'itinérance), le plan culturel (population plus critique quant à la pratique médicale et la bureaucratisation des soins) et le plan scientifique (reconnaissance du rôle des déterminants socioéconomiques de la santé, de la médecine douce et des technologies de pointe) (Comeau et Girard, 2005; Giroux, 2008). D'autres défis concernant plus particulièrement l'organisation des services de santé, soit un manque d'action préventive et de coordination, une utilisation inefficace de plusieurs ressources ainsi que des

problèmes d'accessibilité des soins accentués par des problèmes de délais, d'engorgement et l'existence de coûts associés à certains services (Bardelli-Jean, 2015) viennent compléter le tableau.

Au Québec, l'accessibilité des soins de santé est compromise, ce qui peut expliquer l'émergence et l'essor de ce modèle en santé dans les deux dernières décennies. Divers acteurs – politiciens, acteurs du milieu de la santé et citoyens – ont d'ailleurs constaté la difficulté d'accéder à un médecin généraliste au Québec (Brasseur et Murray, 2013). Une répartition inéquitable des ressources médicales serait à l'origine des problèmes d'accessibilité territoriale alors que les médecins tendent à s'installer dans les milieux plus aisés, là où les problématiques de santé sont les moins complexes (Girard, 2005; Giroux, 2008). Certains ajoutent également que les jeunes médecins sont souvent moins attirés par les conditions de pratique dans les milieux périurbains ou ruraux (Brasseur et Murray, 2013), ce qui expliquerait que ces régions soient les plus touchées par ce phénomène (Bardelli-Jean, 2015). L'essor de coopératives de santé a d'ailleurs eu lieu au cœur des années 1990 dans ces milieux en réaction aux problèmes d'accessibilité des ressources de santé de première ligne (Girard, 2005). Toutefois, certaines expériences dans la région de l'Outaouais (Girard, 2005) et de Montréal (Bardelli-Jean, 2015) révèlent que les milieux urbains ne sont pas épargnés par ces problématiques. Enfin, le fait que les coopératives de santé se développent dans les failles du réseau public serait symptomatique des difficultés vécues par les CLSC en ce qui a trait à l'atteinte de leurs objectifs initiaux. Cet échec aurait vraisemblablement contribué à l'émergence de modèles alternatifs comme les coopératives (Bardelli-Jean, 2015; Comeau et Girard, 2005; Nations Unies, 1998).

En créant une coopérative de santé, l'objectif premier des communautés serait de fournir des services de santé de première ligne par un médecin à l'intention d'une population qui n'est pas servie de façon satisfaisante par les structures conventionnelles. Une philosophie centrée sur une approche globale et citoyenne de la santé (comprenant la multidisciplinarité, la complémentarité au réseau local de la santé, la prévention, la participation citoyenne et la prise en compte des déterminants sociaux de la santé) serait adoptée par presque toutes les coopératives de santé au Québec (Bardelli-Jean, 2015). Afin d'attirer du personnel médical sur les territoires où l'accès aux soins de santé de première ligne est compromis, des communautés tentent d'organiser des milieux où les conditions de pratique présenteraient certains avantages (Brasseur et Murray, 2013), notamment la prise en charge des frais administratifs et immobiliers mentionnés au précédent chapitre.

Outre la problématique de l'accessibilité, la présence de coopératives dans la province exprimerait une lacune vis-à-vis de la prise en compte de la parole des principaux concernés, soit de ceux qui utilisent les services. Les citoyens ont en effet une capacité d'influence limitée au sein du réseau de la santé (Bardelli-Jean, 2015; Girard, 2005). Plusieurs coopératives de santé, à l'instar de la Coopérative de Santé Villeray située à Montréal (Bardelli-Jean, 2015), auraient été fondées sous l'effet du souhait d'une démocratie plus participative. Ces idéaux démocratiques sont plus largement compris dans un contexte de critiques envers le système politique et d'une aspiration à vivre une démocratie plus participative en santé par le biais d'un engagement citoyen dans la gestion de la santé (Bardelli-Jean, 2015). Or, cette capacité d'influence semble décliner alors que, dans les dernières années, les espaces ouverts à la parole citoyenne voient leur nombre diminuer dans la province (Bardelli-Jean, 2015; Girard, 2005; Giroux, 2008).

Cette aspiration à vivre une démocratie plus participative en santé n'est pas nouvelle au Québec. En plus de l'amélioration de l'accès aux services socio-sanitaires, la démocratisation des soins constituait la principale raison d'être des cliniques communautaires développées dans les années 1960 dans des quartiers défavorisés de Montréal (Bardelli-Jean, 2015). Plusieurs auteurs s'accordent d'ailleurs sur le lien de parenté entre les coopératives de santé et les cliniques communautaires (Bardelli-Jean, 2015; Comeau et Girard, 2005; Girard, 2005; Giroux, 2008; Nations Unies, 1998). Ces deux modèles s'apparentent notamment en ce qui a trait au mode de fonctionnement et aux valeurs de l'organisation (Girard, 2005). Nées dans un contexte de bouillonnement social marqué par des luttes populaires favorisant la mobilisation sociopolitique des citoyens (Girard, 2005), les cliniques communautaires allouaient une place importante aux usagers et promouvaient une approche égalitaire entre les citoyens et les professionnels de la santé (Girard et Garon, 2000; Giroux, 2008). Ce fonctionnement allait tout à fait à l'encontre de la façon dont l'État assurait les services de santé à l'époque (Giroux, 2008). Ces cliniques étaient initiées par des étudiants en médecine épris d'idéaux de justice sociale, des animateurs sociaux qui encourageaient la mobilisation citoyenne dans le contexte d'enjeux touchant le développement du milieu (Girard, 2005), des professionnels de la santé et, parfois, des citoyens (Comeau et Girard, 2005). Les médecins et infirmières qui travaillaient dans ces cliniques désiraient réorienter leur pratique, animer le milieu, améliorer le système, favoriser chez les patients la prise en charge de leur propre santé et générer des changements au sein de la société (Comeau et Girard, 2005).

2.3 Synthèse de l'état des connaissances

Les conditions favorisant l'émergence des initiatives issues de l'économie sociale, et plus particulièrement de coopératives de santé et de services sociaux, recensées dans ce chapitre témoignent de la vastitude des contextes qui alimentent l'éclosion de ce modèle et son développement. Ces conditions varient selon le contexte social et le lieu. Elles influencent de façon simultanée l'émergence de ce modèle à un moment et à un endroit particuliers.

La double condition de nécessité et de cohésion sociale a d'abord été présentée comme un ressort d'initiatives de type coopératif historiquement reconnu qui se manifeste différemment selon le lieu et l'époque (Defourny, 1995; Defourny et Develtere, 1999; Develtere et Fonteneau, 2003; Richer, 2005). Sans nécessairement évoquer cette double condition, certains relèvent la situation de défavorisation comme levier important de la création d'une coopérative (Defourny, 1995; Martin, 2008; Vaillancourt et Favreau, 2000), situation qui doit toutefois avoir été exprimée pour mener à une action collective (Develtere et Fonteneau, 2003). De plus, d'autres avancent que des contextes socioéconomiques et politiques créent des nouveaux besoins auxquels les coopératives tentent de répondre (Boulianne et al., 2003; Defourny et Develtere, 1999; Girard, 2005; Girard et Garon, 2000; Nations Unies, 1998; Richer, 2005). D'autres encore évoquent que la cohésion sociale ne consisterait pas forcément en une condition d'émergence, mais qu'elle se cultiverait plutôt au cours du développement de l'organisation (Develtere et Fonteneau, 2003; Girard et Lamothe, 2004). Plusieurs auteurs s'accordent enfin sur le fait que cette double condition serait insuffisante et que d'autres contextes seraient essentiels à l'émergence d'un tel projet (Defourny et Develtere, 1999; Develtere et Fonteneau, 2003; Richer, 2005).

Ces autres contextes relèveraient de l'ordre du macrosocial (sur le plan socioculturel, politique et économique), du mésosocial (sur le plan des systèmes sociosanitaires et des variations territoriales) et du microsocial (lorsqu'il est question des caractéristiques des acteurs, des groupes, des communautés qui ont porté ces projets et de leurs appuis).

Les conditions socioculturelles sont abordées ici dans une perspective philosophique qui permet de mieux comprendre les origines des valeurs et des idéaux au centre de projets coopératifs. Cette perspective nous ramène aux idéaux d'égalité et de liberté véhiculés pendant les Lumières qui vont mener aux révolutions démocratiques (Bardelli-Jean, 2015; Martin, 2008), puis, à la pensée

coopérative ancrée dans une vision utopique de la nature d'une structure portée par ces idéaux (Martin, 2008; Richer, 2005). Le pluralisme idéologique du XIXe siècle dans le contexte du capitalisme naissant et de son impact sur les classes laborieuses impulse l'association de personnes pour contrer la misère et mène aux prémices de la conceptualisation du modèle coopératif (Bardelli-Jean, 2015; Defourny et Develtere, 1999; Martin, 2008). Plus tard, les cliniques populaires développées au Québec dans les années 1960 et apparentées aux coopératives du secteur de la santé et des services sociaux sont fondées sur des valeurs, des principes et des idéaux similaires. Ceux-ci prennent forme en la démocratisation des soins, l'égalité entre les individus, la justice sociale et l'amélioration de l'accessibilité des services de qualité (Bardelli-Jean, 2015; Girard, 2005). Les valeurs, les principes et les idéaux au centre des projets coopératifs révèlent ainsi une certaine conception du monde qui teinte la façon dont les coopératives dans le champ de la santé perçoivent l'organisation et l'offre de soins de santé.

Les conditions d'émergence d'ordre socioéconomique et politique relevées dans la littérature recensée comprennent l'avènement du capitalisme moderne au XIXe siècle, les crises économiques qui se sont succédé à partir des années 1970 et qui ont eu un impact majeur sur le modèle providentialiste instauré après la Seconde Guerre mondiale, ainsi que les mutations économiques et les crises structurelles des sociétés qui ont suivi (Boulianne et al., 2003; Defourny et Develtere, 1999; Giroux, 2008; Nations Unies, 1998; Vaillancourt et Favreau, 2000), les programmes d'ajustement structurel mis en place dans les États en difficulté (Defourny et Develtere, 1999; Girard et Garon, 2000) et le mode technocratique adopté par l'État pour livrer les services de santé. Ce dernier aurait été source de revendications pour une plus grande place à la participation citoyenne (Giroux, 2008). Ces événements auraient créé de nouveaux besoins du fait d'un désengagement progressif de l'État des programmes sociaux et sanitaires offerts à la population (Girard, 2005; Girard et Garon, 2000; Nations Unies, 1998; Richer, 2005), lui-même alimenté par le courant néolibéraliste favorisé par la mondialisation croissante (Boulianne et al., 2003; Girard et Lamothe, 2004; Saucier, 2012). Plus largement, le désengagement de l'État de même que le néolibéralisme auraient encouragé la privatisation progressive des services et l'accroissement des inégalités sociales de santé (Boulianne et al., 2003). La crise de l'État-providence, l'émergence des modèles néolibéraliste et alternatif ainsi que le développement des coopératives dans le domaine sociosanitaire peuvent être expliqués par la théorie de la régulation (Comeau et Girard, 1996). Enfin, la façon dont l'État utilise le modèle, l'attitude des pouvoirs publics

comme des acteurs et des groupes impliqués modulent la perception de la population envers ce modèle et affecte par conséquent son développement (Comeau et Girard, 1996; Defourny, 1995; Nations Unies, 1998). Néanmoins, la perception de ce modèle serait à retenir comme facteur favorable, neutre ou défavorable à l'émergence des coopératives en santé seulement dans le cas où un espace, déterminé par la disponibilité et la qualité des services offerts par l'État, serait vacant (Nations Unies, 1998).

Sur le plan institutionnel, les systèmes de santé et services sociaux subiraient les répercussions des transformations qui se produisent au niveau des contextes globaux. Ils sont à la fois influencés par le contexte économique, par le maintien de l'État-providence et son désengagement progressif, par le courant néolibéraliste et le courant sociocommunautaire (Comeau et Girard, 1996) de même que par les programmes d'ajustement structurel dans certains pays (Defourny et Develtere, 1999; Girard et Garon, 2000). Les systèmes sociosanitaires feraient toutefois partout face à une modification des rapports public/privé alimentée par la crise de l'État-providence et le courant néolibéraliste qui se traduit par une privatisation croissante des services autrefois pris en charge par l'État (Girard et Garon, 2000; Giroux, 2008; Nations Unies, 1998; Richer, 2005) et une diminution de l'accessibilité de ces services sur le plan territorial et financier (Comeau et Girard, 1996; Girard et Garon, 2000; Kurimoto, 2014; Richer, 2005). Sur le plan national, l'importance de la couverture sanitaire a également un impact sur le développement de coopératives puisqu'elle affecte l'accessibilité (Comeau et Girard, 1996) ainsi que l'espace accordé à d'autres prestataires privés comme les coopératives (Nations Unies, 1998). D'autres problèmes relevant de l'organisation des services ébranleraient également la performance des systèmes sociosanitaires comme la répartition inégale (Comeau et Girard, 1996; Girard et Lamothe, 2004) et l'utilisation inefficace des ressources (Kurimoto, 2014; Richer, 2005), la coordination dysfonctionnelle entre secteurs primaire, secondaire et tertiaire (Girard et Lamothe, 2004; Kurimoto, 2014) ainsi que le maintien d'une pratique curative plutôt que l'adoption d'une approche préventive (Kurimoto, 2014). Finalement, des forces contextuelles d'ordre démographique, médical, technologique et financier favoriseraient une prise en charge à l'extérieur des hôpitaux, provoquant également l'apparition de nouveaux prestataires (Girard et Lamothe, 2004; Giroux, 2008).

En outre, certaines conditions seraient souhaitables à l'exercice des coopératives dans le champ de la santé. L'État devrait d'abord rester la première instance de régulation, de financement et de prestations

des services (Comeau et Girard, 2005; Vaillancourt et Favreau, 2000) alors que l'économie sociale devrait offrir des services complémentaires ou investir les milieux où les besoins ne sont pas déjà comblés (Defourny et Develtere, 1999; Girard et Garon, 2000; Richer, 2005; Vaillancourt et Favreau, 2000). L'économie sociale serait dans ces conditions tenue de préserver la qualité des services, des conditions de travail et de la rémunération des employés tandis que les services publics devraient être maintenus et renouvelés (Vaillancourt et Favreau, 2000). Une logique de partenariat impliquant le respect de l'autonomie des parties prenantes serait également essentielle (Comeau et Girard, 1996; Develtere et Fonteneau, 2003) pour éviter notamment l'instrumentalisation du modèle et le développement de stratégies d'adaptation non souhaitables (Boulianne et al., 2003). Les principes coopératifs lorsqu'appliqués constitueraient également une condition souhaitable de leur implication en santé (Defourny et Develtere, 1999; Develtere et Fonteneau, 2003; Richer, 2005).

Les coopératives, qui relèvent foncièrement du local, émergeraient également en fonction du territoire où se situe une population. Ainsi, tout au long de ce chapitre, il est possible de dégager des milieux qui sont plus enclins à voir émerger des organisations coopératives. C'est le cas des milieux ruraux et périurbains qui seraient plus sujets à des difficultés d'accès aux soins de santé (Bardelli-Jean, 2015; Brasseur et Murray, 2013; Girard, 2005; Giroux, 2008; Kurimoto, 2014) et où la cohésion sociale serait souvent plus forte (Defourny, 1995; Defourny et Develtere, 1999). Les coopératives auraient également tendance à émerger dans des milieux défavorisés et à l'intention de groupes de personnes marginalisées (Comeau et Girard, 1996; Defourny, 1995; Martin, 2008; Richer, 2005; Vaillancourt et Favreau, 2000).

Les caractéristiques des individus, des groupes et des communautés ainsi que leurs appuis conditionneraient également l'émergence de modèles coopératifs. Les instigateurs de ces organisations sont des individus (souvent usagers ou professionnels de la santé), des groupes, des communautés qui se mobilisent pour quelque chose qui les concerne (Bardelli-Jean, 2015; Chouinard et Fairbairn, 2002; Defourny et Develtere, 1999; Nations Unies, 1998). Chez les professionnels de la santé, cela se concrétise par de l'insatisfaction à l'égard de l'accès à des soins de qualité ou de leurs conditions de travail. Parmi les individus à l'origine de ces projets se trouvent des personnes qualifiées de « leaders », des personnes qui ont notamment la capacité d'assurer le dynamisme et la rigueur économiques essentiels au développement d'une entreprise, de percevoir les besoins et d'animer et

de mobiliser des acteurs ou une équipe (Defourny et Develtere, 1999; Develtere et Fonteneau, 2003; Richer, 2005). Ils sont compétents, engagés (Richer, 2005) et charismatiques (Develtere et Fonteneau, 2003). Des facteurs dynamiques (influence d'agents externes et internes, soutiens financiers et techniques et capacité de les mobiliser) (Comeau et Girard, 1996; Develtere et Fonteneau, 2003) et relatifs au fonctionnement (valeurs comme confiance, la stabilité, la coopération dans le travail, la conviction, le dévouement, le sens et la signification que les activités entreprises suscitent auprès des membres ainsi que la capacité à gérer les conflits inhérents à une structure collective) (Develtere et Fonteneau, 2003; Richer, 2005) agissent comme appui à l'émergence et au développement d'initiatives coopératives. Certains ont également mentionné l'importance de l'intervention de l'État qui ouvre parfois la voie à ce type d'initiative dans le domaine sociosanitaire (Chouinard et Fairbairn, 2002; Nations Unies, 1998). Des coopératives vont également être à la source du développement de services sociosanitaires pour combler des besoins exprimés par leurs membres (Comeau et Girard, 1996; Kurimoto, 2014; Nations Unies, 1998; Richer, 2005).

Enfin, le contexte québécois brièvement exposé illustre les répercussions du contexte politique et socioéconomique sur le système public de santé et de services sociaux et les difficultés auxquelles la population fait face concernant notamment l'accès à des soins de première ligne (Bardelli-Jean, 2015; Brasseur et Murray, 2013; Comeau et Girard, 2005; Girard, 2005; Girard et Garon, 2000; Giroux, 2008). L'exemple des cliniques populaires, des CLSC, puis des coopératives de santé montre que certaines valeurs et certains idéaux (participation publique/démocratisation des services, égalité, justice sociale, transformation des conditions de vie, responsabilisation, amélioration de l'accès aux soins), portés par des acteurs, se perpétuent à travers le temps et sont repris et intégrés par différents modèles de services de santé et services sociaux (Bardelli-Jean, 2015; Comeau et Girard, 2005; Girard, 2005; Giroux, 2008).

2.4 Pertinence de l'étude

Considérés dans leur ensemble, les textes recensés permettent d'identifier différentes conditions à l'origine de l'apparition de modèles de type coopératif et de dégager leurs relations. Néanmoins, mis à part l'étude de Richer (2005) portant sur des cas vénézuéliens, aucun des textes consultés ne semble présenter un portrait exhaustif des contextes à l'origine de l'éclosion de ce modèle en santé et services

sociaux et leur enchevêtrement. En outre, aucun des auteurs ne suggère un cadre conceptuel qui permettrait d'illustrer la portée des contextes à l'origine de la mise sur pied de ces initiatives. De plus, la littérature éclaire les raisons à l'origine du choix d'un modèle de l'économie sociale plutôt qu'un modèle à visée avant tout marchande, notamment par les valeurs, les principes et la mission à la base de ce secteur. La proximité des instigateurs avec le mouvement coopératif et le cas où une coopérative décide de développer des services de santé pour ses membres contribuent à préciser ce qui pousse des acteurs à choisir une avenue coopérative au lieu d'une autre structure de l'économie sociale. Or, il demeure difficile de comprendre pleinement ce qui justifie ce choix. Préciser le profil des instigateurs pourrait contribuer à comprendre ce qui les amène à choisir le modèle coopératif plutôt qu'un autre ainsi que ce qui détermine la durabilité de l'organisation.

Cette étude tentera d'apporter un éclairage supplémentaire sur les contextes à l'origine de l'apparition et du développement d'un tel modèle en santé et services sociaux à l'aide d'un cas précis et dans le contexte du Québec actuel. Sachant que les services de santé et leur accessibilité constituent un déterminant de la santé important, mieux comprendre les contextes d'émergence des coopératives sociosanitaires pourrait contribuer à éclairer leur raison d'être dans un système de santé public. Dans un premier temps, il sera question de rendre compte des contextes favorisant l'émergence des coopératives sociosanitaires au moyen d'un cadre conceptuel basé sur la recension des écrits, et cela, dans un effort de traduire la complexité et la pluralité de ces conditions ainsi que de leurs enchevêtrements. Il s'agira dans un deuxième temps de situer la Coopérative de solidarité SABSA au regard de ce cadre, de se pencher sur l'éclairage que peut apporter ce cas sur les conditions d'émergence connues, et de considérer la place qui existe actuellement pour de telles initiatives au Québec.

2.5 Cadre conceptuel

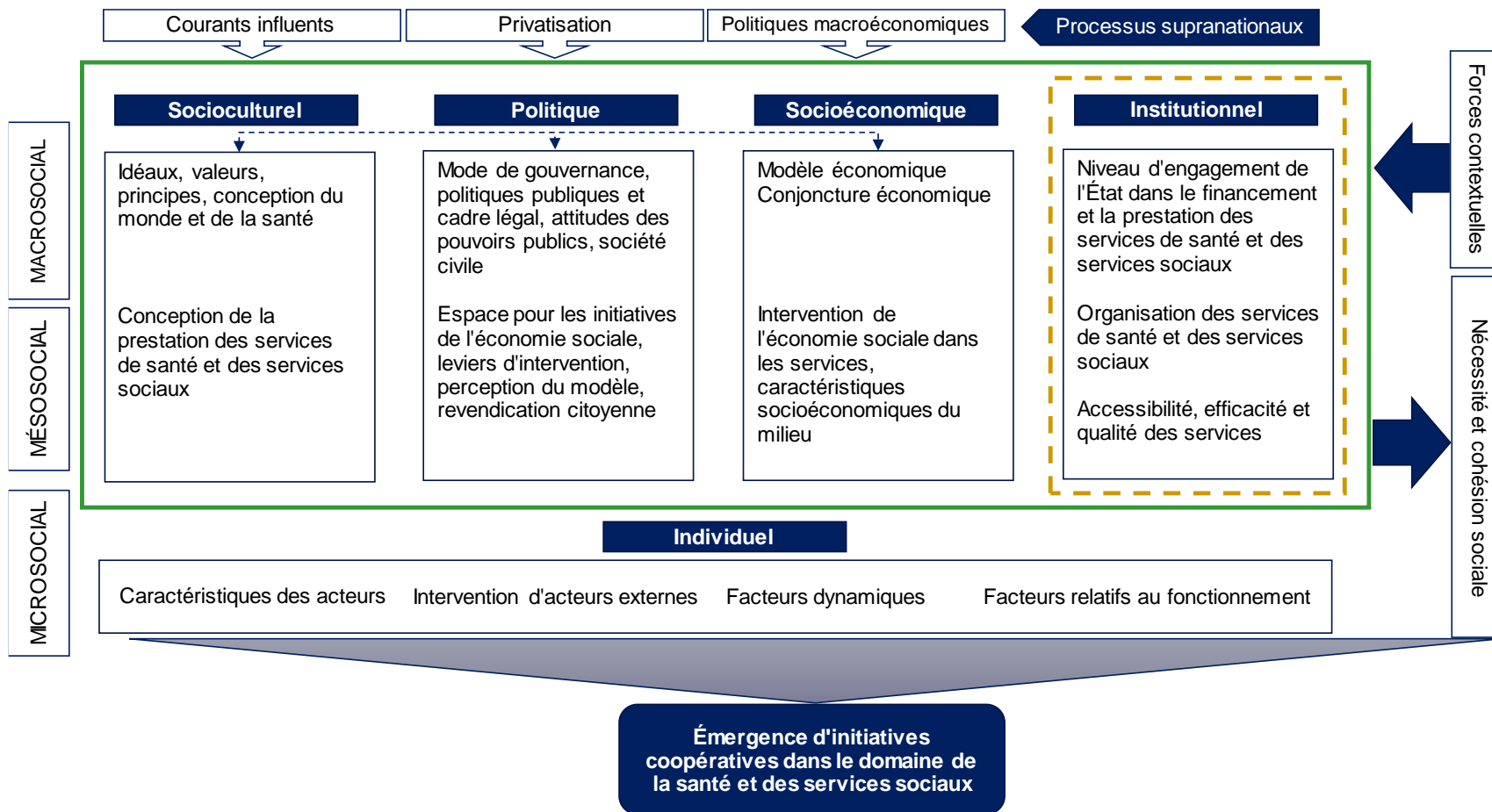


Figure 1 : Cadre conceptuel des contextes favorisant l'émergence d'initiatives coopératives dans le domaine de la santé et des services sociaux

Cette section propose un cadre conceptuel des contextes favorisant l'émergence d'initiatives coopératives dans le domaine de la santé et des services sociaux. Ce cadre est développé à partir de la recension des écrits et cherche à organiser de façon hiérarchique les différentes conditions d'émergence identifiées et à décrire sommairement les relations qu'elles entretiennent.

Considérant les résultats de la recension des écrits, nous avons déterminé trois niveaux hiérarchiques pour articuler le cadre conceptuel. Les contextes **macrosociaux** englobent des composantes structurelles qui relèvent du politique, de l'économie et des valeurs et principes phares qui constituent le ferment d'une société. Les composantes situées à l'échelle **mésosociale** se rapportent aux milieux et aux institutions tandis que les composantes situées au niveau **microsocial** font état de conditions qui relèvent des individus.

Certains processus issus de la recension des écrits ont été identifiés comme relevant de phénomènes qui dépassent un seul État. Ces processus sont identifiés ici comme des **processus supranationaux**, soit des processus qui dépassent les institutions nationales. Ils comprennent les courants influents (courant sociocommunautaire, courant néolibéraliste, modèle providentialiste), la privatisation et les politiques macroéconomiques. Ces processus sont situés en haut du cadre conceptuel et les flèches qui les supportent indiquent l'influence qu'ils exercent sur toutes les autres composantes du cadre conceptuel. Ces processus agissent comme des forces qui viennent influencer ce qui se produit sur le plan macrosocial – notamment la façon de penser les institutions des États – et, de façon indirecte, sur les autres composantes du modèle. L'exemple des programmes d'ajustement structurel appliqués dans certains pays illustre comment les politiques macroéconomiques peuvent influencer les politiques publiques d'un État en favorisant le désengagement de l'État dans affaires publiques (dont la santé et les services sociaux) au profit du remboursement de la dette du pays. Ce désengagement a éventuellement un impact néfaste sur l'accessibilité, l'efficacité et la qualité des services, créant ainsi un espace pour les initiatives privées.

Deux composantes ont été placées sur le flanc droit du cadre. Les **forces contextuelles** (changements démographiques, apparition de nouvelles maladies et leur chronicité, développement rapide et constant des connaissances et des technologies et explosion des coûts qui y sont associés) ont notamment un effet sur le mode de gouvernance qui adapte les politiques publiques en fonction de ces forces. Les répercussions de ces politiques se font sentir sur le plan institutionnel, entendu que ces

forces contextuelles demandent de repenser le financement des services de même que la façon d'organiser les services. Dans le cas où les services ne s'adaptent pas à la demande « créée » par ces forces contextuelles, de nouveaux prestataires apparaîtront dans le paysage sociosanitaire afin de combler les besoins ressentis. Les conditions de **nécessité** et de **cohésion sociale**, abordées au début de ce chapitre comme des conditions très souvent présentes sans toutefois qu'elles soient suffisantes à l'émergence de coopératives, se transforment au gré des époques et des contextes. Elles exercent également un impact direct sur l'apparition du modèle.

Les conditions d'émergence sont ensuite divisées en cinq catégories : **contextes socioculturel, politique, socioéconomique, institutionnel et individuel**. Le contexte institutionnel, encadré par un trait pointillé, correspond à une réponse institutionnelle modulée en fonction de ce qui se produit sur le plan socioculturel, politique et économique. Ces derniers sont reliés par une flèche pointillée afin de souligner leur interdépendance.

Le **contexte socioculturel** comprend, au niveau macrosocial, les idéaux, les valeurs, les principes et la façon dont on conçoit le monde et plus particulièrement la santé dans ce cas. Ces composantes agissent comme fondements sur lesquelles la société se repose. Ces idéaux, valeurs, principes et conceptions ont un impact sur les autres composantes, surtout sur le mode de gouvernance adopté ainsi que sur le système de santé et de services sociaux qui sera mis en place dans un pays (ex. les systèmes de santé publics reposent sur la solidarité et l'équité). Sur le plan mésosocial, ces composantes vont également alimenter la conception de la prestation des services sociosanitaires dans une société. Enfin, les acteurs qui portent ces valeurs, idéaux, principes et conceptions les reprennent et les intègrent au travers de leurs projets et de leurs revendications comme professionnels de la santé, citoyens ou groupes. Parmi ces idéaux, valeurs, principes et conceptions, qui contribuent à l'éclosion d'un modèle de type coopératif plutôt qu'un modèle privé à but lucratif se dégagent notamment la solidarité, l'équité, la démocratisation des soins, l'amélioration de l'accessibilité des services de santé et la participation publique dans la gestion et la prestation des services. Notons cependant que ces mêmes idéaux, principes et valeurs ne sont pas propres aux coopératives comme il est possible de le constater avec le cadre conceptuel des systèmes de santé et des équipes axées sur les SSP (voir section 1.3 et annexe 1), mais également à l'aide de l'exemple des cliniques

populaires émergeant à Montréal dans les années 1960 et des OSBL qui reposent également sur des fondements similaires.

Sur le plan **politique**, le mode de gouvernance, les politiques publiques et le cadre légal, les attitudes des pouvoirs publics ainsi que la présence d'une société civile active et mature (statut social de citoyen) représentent des déterminants macrosociaux de l'émergence d'initiatives coopérative dans le champ sociosanitaire. Ces éléments influencent l'espace pour les initiatives de l'économie sociale, les leviers d'intervention disponibles (adoption de positions par le gouvernement qui favorisent le développement d'initiatives coopératives) et la perception du modèle par la population dans les milieux, de même que la revendication pour une plus grande participation publique dans l'organisation et l'offre de soins et de services.

Sur le plan **socioéconomique**, la conjoncture économique est définie ici comme la situation économique d'un pays à un moment donné. La conjoncture économique influence les politiques publiques et l'intervention de l'économie sociale dans différents champs, dont celui des services sociosanitaires. Le modèle économique adopté par une société peut également favoriser le développement de modes de pensée différents se situant en réaction au modèle prédominant ou en réaction aux besoins émergeant. En ce sens, il peut exercer une influence sur l'intervention d'autres modèles économiques, dont l'intervention de l'économie sociale. La catégorie socioéconomique comprend également les caractéristiques socioéconomiques des milieux. Certains milieux sont plus propices à l'émergence de coopératives comme les milieux défavorisés. En fin d'illustration, certains auteurs estiment que les crises économiques qui se sont succédé entre les années 1970 et 1990 et les mutations profondes des économies qu'elles ont engendrées ont poussé les États à adopter un mode technocratique pour livrer les services. Cette situation représente un exemple de processus menant à des décisions politiques impliquant la réduction de l'espace pour la participation publique. En réaction à ce mode technocratique adopté par les systèmes de santé et de services sociaux, certains revendiquent une participation publique plus grande en regard de l'organisation et l'offre de soins et de services (les orientations, les choix et les façons de fournir les services de santé). La participation collective à la gouverne, comme revendication citoyenne, représente un argument sous-tendant la création de modèles alternatifs, parfois sous forme de coopératives.

La réponse **institutionnelle** aux contextes socioculturels, politiques et socioéconomiques comprend plus spécifiquement le niveau d'engagement de l'État en regard du financement et de la prestation des services de santé et des services sociaux. Le niveau d'engagement de l'État dans le domaine de la santé influence l'apparition des coopératives, leur type et la nature des services qu'elles offrent. Le niveau de l'engagement de l'État va également influencer l'organisation des services de santé et des services sociaux qui, elle, va avoir un impact sur l'accessibilité, l'efficacité et la qualité de ces services dans un milieu géographique déterminé. L'accessibilité, l'efficacité et la qualité des services, lorsque compromises, favorisent l'éclosion d'initiatives privées.

Sur le plan microsocial, se trouvent des facteurs qui relèvent des **individus**, soit leurs caractéristiques, l'intervention d'acteurs externes (ex. gouvernement ou coopérative) dans le développement de projet coopératif, les facteurs dynamiques (influence d'acteurs externes et possibilité de soutien financier et technique) et les facteurs relatifs au fonctionnement de l'entreprise (valeurs non quantifiables, capacité à gérer les conflits). Parmi les contextes d'émergence répertoriés, le fait que les acteurs à l'origine d'une telle initiative aient une bonne connaissance et une expérience directe avec le mouvement coopératif contribuera à l'adoption du modèle coopératif plutôt qu'une forme légale autre. L'adoption de ce modèle peut également s'expliquer dans le cas où un gouvernement met en place des stratégies pour favoriser leur développement (programmes spéciaux) ou qu'une coopérative d'un domaine distinct développe des services sociosanitaires.

Ce cadre conceptuel demeure une représentation certes imparfaite des multiples contextes à l'origine de l'émergence de coopératives en santé et services sociaux et de leurs enchevêtrements. Nous proposons donc de garder à l'esprit cet état de complexité que suppose un tel phénomène. Par ailleurs, ce cadre reflète des contextes d'émergence d'initiatives qui pourraient tout aussi bien correspondre à des modèles autres que des coopératives, mais correspondant à des idéaux, des principes et des valeurs similaires.

En complément de ce cadre conceptuel, le tableau qui suit reprend de façon condensée les conditions de l'exercice des coopératives dans le champ de la santé rapportées dans la section 2.1.4.3 de ce mémoire à l'aide des références de Comeau et Girard (2005), Vaillancourt et Favreau (2000), Defourny et Develtere (1999), Richer (2005), Girard et Garon (2000), Develtere et Fonteneau (2003) et Boulianne et al. (2003). Ces conditions ont été organisées en six catégories : conditions relatives au rôle de l'État,

aux conditions de travail, aux services offerts et aux pratiques, à la coordination des secteurs, aux possibilités en termes d'apprentissage et, enfin, à l'impact social. Elles représentent les conditions dans lesquelles ce type d'initiative peut apporter une contribution intéressante dans un système de santé.

Tableau 1: Résumé des conditions de l'exercice des coopératives dans le champ de la santé

Catégories de conditions	Conditions de l'exercice des coopératives dans le champ de la santé *Notons que ces conditions s'appliquent à toutes les organisations de l'économie sociale
Conditions relatives au rôle de l'État	<ul style="list-style-type: none"> ➤ L'État demeure la première instance régulatrice et redistributrice ➤ Les coopératives assurent un rôle pour certains services non offerts par le secteur public ➤ Les coopératives ne devraient pas participer à la légitimation du désengagement de l'État ni à la dualisation de la société ➤ Les coopératives ne doivent pas être instrumentalisées à des fins non souhaitables
Conditions relatives aux conditions de travail	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Les services publics sont maintenus et renouvelés, sans qu'il y ait de substitution d'emplois ➤ Les coopératives sont tenues de s'assurer de la qualité des services, des conditions de travail et de la rémunération
Conditions relatives aux services offerts et aux pratiques	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Les coopératives investissent les espaces où les besoins sont importants et peu (ou pas) satisfaits par le secteur public ➤ Les coopératives subviennent aux besoins de populations exclues des services en place ➤ Les coopératives investissent les pays où la présence de l'État est très limitée et permettent de contrer l'exclusion de larges pans de population résultant des systèmes sociosanitaires ayant couramment recours à des organisations à but lucratif ➤ Les dynamiques participatives sont continuellement stimulées afin qu'elles puissent contribuer à l'amélioration de la pertinence et de la qualité des services offerts et de la cohésion sociale
Conditions relatives à la coordination des secteurs	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Une réelle logique de partenariat est engagée entre toutes les parties prenantes, impliquant un respect réciproque de l'autonomie de chacun ➤ Établissement d'un projet sociétal commun afin d'éviter l'écueil d'éparpillement et de banalisation des pratiques de l'économie sociale
Conditions relatives aux possibilités en termes d'apprentissage	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Apprendre de ce modèle afin de mieux structurer une économie alternative à l'économie capitaliste néolibérale ➤ Application des principes identitaires des coopératives notamment le principe de participation des membres à la gestion et à l'amélioration des services et ses effets sur la cohésion sociale
Conditions relatives à l'impact social	<p>Dimensions d'un impact social positif (Richer, 2005, pp. 35-36):</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Économique (moindre coût collectif, impacts sur le développement économique local...) ➤ Lutte contre l'exclusion et les inégalités ➤ Développement de liens sociaux de proximité et de démocratie participative ➤ Innovation sociale, dans la découverte de besoins émergents et la mise en œuvre d'innovations organisationnelles ➤ Effets de diffusion des innovations internes, avec des impacts sociétaux dépassant les frontières des associations

Chapitre 3 : Démarche méthodologique

3.1 Approche méthodologique

Cette étude suit une démarche avant tout déductive au sens où elle puise ses fondements du général (la théorie, les concepts impliqués) pour ensuite aborder le particulier (le phénomène, le cas) (Remler et Van Ryzin, 2015). Le cadre conceptuel élaboré à partir de la recension des écrits sert d'assise à la collecte et à l'analyse des données du cas étudié. Les données sont issues d'entrevues semi-dirigées menées auprès des membres fondateurs de la Coopérative de solidarité SABSA (en 2016 dans le cadre de la présente recherche et en 2014 dans le cadre d'une recherche distincte) dans l'objectif de mieux saisir le contexte qui a favorisé son émergence et son développement. Les résultats de l'étude portant sur le contexte d'émergence propre à la Coopérative de solidarité SABSA seront ensuite comparés au cadre conceptuel élaboré au chapitre 2 afin de voir en quoi cette organisation se distingue et comment les résultats peuvent venir préciser ce cadre conceptuel.

L'accès au terrain a pour sa part été facilité du fait que j'ai bénéficié d'une certaine proximité avec le milieu à l'étude avant même que ce projet soit développé et pendant une partie de celui-ci. À titre d'auxiliaire de recherche, j'ai notamment eu l'opportunité d'animer des entrevues de groupe composé d'acteurs-clés de SABSA entre juin 2015 et novembre 2016 dans le cadre de la recherche « Description du processus d'implantation et du fonctionnement d'une clinique de proximité en soins infirmiers dans la Ville de Québec : le cas de la Coopérative de solidarité SABSA ». Ces entrevues visant à documenter le processus d'implantation et le fonctionnement de l'organisation ont largement contribué à une meilleure compréhension du contexte entourant l'implantation de la clinique de proximité, du mode de fonctionnement de l'organisation ainsi que de la conception du monde et du vécu de quelques acteurs clés de l'équipe de SABSA. De plus, j'ai eu l'occasion d'observer de façon informelle la dynamique de travail, la clientèle et le fonctionnement de l'organisation lors de ma contribution à la collecte de données de l'équipe de recherche ESPI en sollicitant la participation des patients à un questionnaire. Encore, le fait que le directeur et le codirecteur de cette recherche soient eux-mêmes impliqués dans des études portant notamment sur cette organisation vient assurer l'exactitude de ma propre compréhension du phénomène. Nous considérons que la proximité avec le milieu étudié est un atout pour parvenir à une meilleure compréhension de l'organisation et de son contexte (Anadón et Guillemette, 2007; Martineau, 2007; Patton, 2002).

3.2 Devis de l'étude

Le devis de recherche choisi est l'étude de cas unique qualitative avec niveaux d'analyse imbriqués. L'étude de cas permet d'approfondir un phénomène étudié dans toute sa complexité tout en prenant en considération l'influence importante qu'exerce le contexte sur celui-ci (Yin, 2009). Cette étude de cas contient plusieurs niveaux d'analyse (niveaux d'analyse imbriqués) permettant de se pencher sur différents degrés d'explication du phénomène étudié, sans perdre de vue le cas dans sa globalité (Yin, 2009). Les niveaux d'analyse ont été définis à partir du cadre conceptuel développé au chapitre précédent à l'aide de la recension des écrits et ont été adaptés pour cette étude de cas. Trois niveaux d'analyse ont été déployés ici : le niveau microsocial (les caractéristiques individuelles des membres fondateurs, leurs parcours académiques et professionnels, les idées et valeurs à l'origine de la création de SABSA), le niveau mésosocial (le milieu dans lequel les membres fondateurs ont évolué et où s'est développée l'organisation, les caractéristiques du réseau de la santé et du réseau communautaire) et le niveau macrosocial (les contextes politique, socioéconomique et socioculturel).

Le modèle ci-contre inspiré de Yin (2009) illustre la façon d'appréhender une étude de cas avec niveaux d'analyse imbriqués. La partie périphérique met en lumière l'intention d'analyser le contexte dans lequel évolue le cas alors que la ligne pointillée entre le contexte et le cas indique l'enchevêtrement de ces deux composantes. À l'intérieur de l'encadré contenant le cas se trouvent les trois niveaux d'analyse représentés de façon hiérarchique et bordés encore une fois de lignes pointillées pour marquer l'enchevêtrement entre

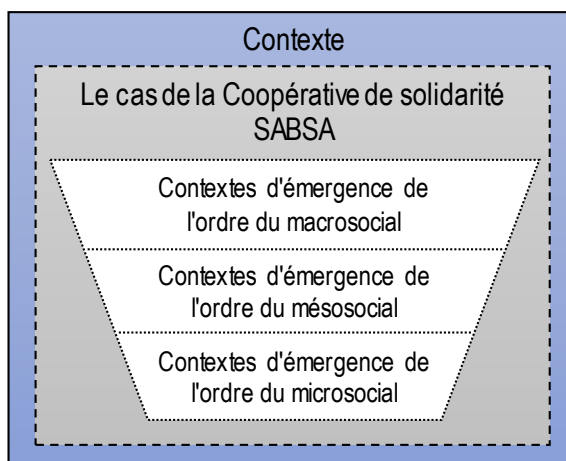


Figure 2 : Étude de cas avec niveaux d'analyse imbriqués
Inspirée de (Yin, 2009, p. 46)

chaque contexte d'émergence de même qu'entre ces contextes et le cas en soi. Ce modèle contribuera essentiellement à la conception de cette étude de cas et à la structure des résultats.

Bien que le ou les cas puissent être choisis en fonction de la question soulevée, le processus inverse se produit ici. C'est un cas particulier qui a suscité des questionnements, un désir de compréhension dans une perspective spécifique. Pour Stake (1995), ne pas choisir le ou les cas en fonction d'un

objectif ou d'une question n'est pas atypique: « It is not unusual for the choice of case to be no « choice » at all. Sometimes, we are given Θ [symbole grec thêta pour symboliser le cas], even obligated to take it as the object to study » (p. 3). Cela peut se produire lorsqu'un phénomène ou quelque chose de particulier suscite notre curiosité (Stake, 1995; Tsoukas, 2009). Stake (1995), comme Creswell (2013), nomme cet intérêt pour ce cas particulier un intérêt intrinsèque et le travail qui en découle, une étude de cas intrinsèque.

3.3 Une perspective méthodologique inspirée d'une épistémologie du particulier

Cette étude de cas unique adopte une perspective méthodologique qui s'inspire d'une « épistémologie du particulier » telle que défendue par Tsoukas (2009)³⁶ en s'appuyant sur les travaux de Ludwig Wittgenstein en philosophie du langage. Les travaux de Wittgenstein traceraient une voie vers une façon de préserver la signification épistémique du particulier sans pour autant rompre avec le général. Wittgenstein postule que le langage évolue en fonction de l'usage qu'on en fait au quotidien et que l'utilisation d'un mot, dans des situations singulières, permet d'établir le sens qu'on lui donne ou d'en redessiner les frontières³⁷. Ainsi, des exemples concrets de l'usage d'un concept, issus du quotidien, permettent une meilleure compréhension du concept dans son sens général (Tsoukas, 2009). De ce point de vue, les limites d'un concept ne sont pas tracées et peuvent donc être constamment redessinées afin d'en tirer une meilleure compréhension. Pour plusieurs, l'étude de cas, comme l'usage d'un mot dans un contexte singulier, permettrait cette spécification conceptuelle (Greenhalgh, Russell, Ashcroft et Parsons, 2011; Tsoukas, 2009).

Selon Tsoukas (2009, p. 286), deux questions encadrent l'étude de cas. Celles-ci ont une portée différente sur la façon d'appréhender l'étude, soit « what is going on here? » (qui fait appel à la spécificité de la situation, à l'étude du particulier) et « what is this a case of? » (qui fait appel au raisonnement théorique, à la généralisation). Lorsqu'elles sont posées simultanément, une tension dialogique s'en dégage. Cette tension dialogique appelle au compromis, signifiant que les chercheurs, selon leurs préoccupations premières, orienteront leur étude de façon à éclairer davantage l'une ou

³⁶ Dans ce chapitre, Tsoukas applique l'épistémologie du particulier au domaine de l'organisation et de la gestion.

³⁷ Cette façon d'appréhender le langage est développée dans l'œuvre posthume *Philosophical Investigations* : Wittgenstein, L. (1958). *Philosophical Investigations* (2^{ème} ed.) (G.E.M. Anscombe, trad.). Oxford : Blackwell.

l'autre de ces questions. Dans ce cas-ci, l'étude est façonnée de façon à éclairer davantage la seconde question du fait qu'elle a été conçue à l'aide de dimensions déjà connues du phénomène par l'élaboration du cadre conceptuel et son usage. Conséquemment, le phénomène décrit sera teinté de termes définis précédemment dans la littérature bien que l'analyse reste ouverte à l'émergence d'éléments nouveaux et qu'elle tient à rendre compte de la singularité du cas spécifique. En cela, cette étude tend vers ce que Tsoukas (2009) appelle une épistémologie qui considère sérieusement le particulier et qui doit par conséquent trouver un équilibre entre les deux extrêmes qu'opposent ces deux questions de façon à estimer la signification du phénomène étudié en le comparant par exemple à ce qui est déjà connu et à faire un usage créatif du cas en vue d'enrichir le savoir existant ainsi que de spécifier les concepts généraux.

Dans cette perspective, la généralisation³⁸ prend une tout autre forme que la généralisation statistique, inapplicable dans le cadre d'étude de cas unique (Tsoukas, 2009; Yin, 2009), et que la forme de généralisation préconisée par d'autres chercheurs ayant mené des travaux sur ce type de devis (ex. généralisation analytique par Yin (2009), généralisation naturaliste par Stake (1995)³⁹). Tsoukas (2009) opte pour une généralisation dite heuristique (ou affinement analytique⁴⁰). Selon l'auteur, l'étude de cas représente une opportunité pour affiner la conceptualisation de processus généraux. Concrètement, les chercheurs vont observer des analogies entre le cas qu'ils étudient et des processus décrits dans d'autres études. Puis, dans un effort de rendre compte de la spécificité du cas à l'étude, ils vont par la suite mettre en lumière ce qui distingue ce cas pour apporter, soit des précisions sur ce qui est déjà connu, soit une perspective nouvelle au phénomène étudié. La spécificité du cas particulier et la conceptualisation déjà disponible permettent ainsi l'affinement analytique, favorisant une

³⁸ Tsoukas élabore sur ce que Wittgenstein nomme « craving for generality » en science dans *The Blue and Brown Books*, soit l'aspiration de la science à tendre vers le généralisable, l'universel et l'intemporel, qui s'est transformée au fil du temps pour couvrir une conception plus large de la généralisation et laisser place à un mode de pensée qui renoue avec ce qui relève du particulier, du local, du ponctuel. Le « craving for generality » pense le particulier comme une simple manifestation du général tandis que Wittgenstein invite à concevoir le particulier comme un élément qui vient préciser le général. Avec l'étude de cas à petits *n*, la question fondamentale réside dans le *comment* le particulier et le général sont liés.

³⁹ Selon Tsoukas, ces façons d'appréhender la généralisation sont inadéquates, car elles ne permettent pas de répondre à la question: « how can one be sure that another case, similar though it may appear to be to the one that has already been studied is, indeed, a case of the same phenomenon? » (p.293). Selon l'auteur, l'étude de cas consiste en un reflet du phénomène plus vaste même si son échantillon n'est pas représentatif de la population. De plus, la généralisation analytique pose problème au sens où elle appréhende le cas comme une simple manifestation des concepts généraux, enterrant ainsi le particulier dans le général, au lieu de penser le cas comme contribuant à la spécification du général, soit ce vers quoi tendent l'épistémologie du particulier et l'affinement analytique (p.298).

⁴⁰ Traduction libre de l'expression « analytical refinement » utilisée par Tsoukas (2009).

compréhension plus riche du général sans étouffer la signification épistémique de ce qui relève du particulier. C'est précisément ce vers quoi cette étude de cas tend.

3.4 La sélection des participants à l'étude

Le choix des participants a été réalisé en fonction de l'objectif de l'étude et des questions que nous nous posons. Ainsi, pour tenter de comprendre le contexte d'émergence de la Coopérative de solidarité SABSA, il nous fallait pouvoir interroger les personnes qui sont à l'origine de sa création, soit les membres fondateurs.

Étant donné que les questions que l'on se pose pour cette étude requièrent une contribution de personnes précises, le processus d'échantillonnage a un caractère intentionnel. Ce caractère intentionnel « [...] met le chercheur en position de vouloir approcher « l'acteur social compétent » pour reprendre l'expression consacrée des théoriciens de l'ethnométhodologie » (Savoie-Zajk, 2007, p. 103). Qui est cet « acteur social compétent » et qu'est-ce qui nous permet de dire qu'il possède les compétences requises pour répondre à nos questions? Selon Savoie-Zajk (2007), pour répondre à cette question, « le point de départ réside dans le problème et la/ les questions de recherche qui clarifient l'objet d'étude ainsi que les acteurs susceptibles de se retrouver au cœur d'une telle problématique » (p. 104). Ce même raisonnement est appliqué dans le cadre de cette recherche où les acteurs sociaux compétents les plus susceptibles d'apporter un éclairage aux questions de recherche ont été approchés. Les cinq personnes qui ont pensé et donné naissance à la Coopérative de solidarité SABSA ont donc été invitées à participer à une entrevue.

Des entrevues semi-dirigées ont été conduites auprès des membres fondateurs de SABSA (n=5). Le seul critère d'inclusion déterminé est de faire partie des membres fondateurs de la Coopérative de solidarité SABSA. Aucun critère d'exclusion n'a été déterminé.

Considérant cet échantillon limité et la petite organisation qu'est la Coopérative de solidarité SABSA, plusieurs mesures ont été appliquées afin de protéger l'identité des informateurs. Ces mesures peuvent être consultées à la section *Considérations éthiques*.

3.5 La collecte des données

3.5.1 Entrevues semi-dirigées

Les entrevues semi-dirigées conduites auprès des membres fondateurs ont pour objectif premier une meilleure compréhension du contexte dans lequel a émergé la Coopérative de solidarité SABSA. Ces entrevues traitent du parcours personnel et professionnel des participants auprès du système de santé, du réseau communautaire et du mouvement coopératif, du fonctionnement de SABSA, de son lieu d'émergence, du contexte de sa création, du choix du modèle coopératif, des contributions du modèle à la santé de la communauté et de la relation qu'entretient SABSA avec le réseau de la santé (annexe 2).

3.5.2 Utilisation secondaire de données

Des données issues des entrevues menées auprès des membres fondateurs de la Coopérative de solidarité SABSA en 2014 (n=5) dans le cadre de la recherche « Description du processus d'implantation et de fonctionnement d'une clinique de proximité en soins infirmiers dans la ville de Québec : le cas de la Coopérative SABSA »⁴¹ sont également utilisées afin d'enrichir cette étude. Ces entrevues portaient sur le parcours de formation et le parcours professionnel, les expériences dans le réseau de la santé ainsi que le parcours au sein de la Clinique SABSA. D'un point de vue éthique, l'accès à ces données permet d'ajuster et d'affiner le canevas d'entrevue élaboré pour cette étude (voir annexe 2) et ainsi d'éviter de poser à nouveau des questions auxquelles les acteurs ciblés de SABSA auraient déjà eu à répondre lors de cette précédente recherche.

3.5.3 Déroulement des entrevues réalisées dans le cadre de cette étude

Une première prise de contact par téléphone a eu lieu avec les participants suite à l'acceptation du présent projet par le conseil d'administration de la Coopérative de solidarité SABSA (annexe 3). Les coordonnées des participants m'ont été transmises lors d'une rencontre informelle à la Coopérative de solidarité SABSA. Une première rencontre individuelle a ensuite eu lieu avec les participants afin d'obtenir leur consentement pour l'utilisation de la transcription de l'entrevue effectuée en 2014

⁴¹ Précisons que cette étude comporte plusieurs volets et que les entrevues individuelles n'interrogeaient pas seulement les membres fondateurs de la Coopérative de solidarités SABSA, mais également d'autres acteurs tels que des professionnels de la santé, des intervenants, d'autres employés, ainsi que des patients. Seules les entrevues menées auprès des cinq membres fondateurs ont été mises à la disposition de cette étude (voir section Considérations éthiques).

(annexe 4). Durant cette rencontre, la nature de cette étude leur a également été présentée. Après l'obtention des transcriptions des entrevues de 2014, le canevas d'entrevue de cette étude a été révisé afin d'éviter les doublons. Une seconde rencontre a été planifiée afin d'obtenir le consentement pour leur participation à cette étude (annexe 5) et de réaliser l'entrevue. Le choix des lieux de rencontre a été déterminé par les participants. La plupart des entrevues se sont déroulées sur le lieu de travail des participants (n = 4) et une entrevue a eu lieu à l'Université Laval, dans un local préalablement réservé à cet effet. La durée des entrevues varie entre 45 et 75 minutes.

3.6 Traitement et analyse des entrevues individuelles

Chaque entrevue réalisée en 2016 a été suivie d'une prise de notes (impressions et idées) et d'un moment de réflexion. La transcription et une analyse préliminaire ont été effectuées avant d'entreprendre l'entrevue suivante afin de mieux l'orienter (Paillé, 1994). Les transcriptions des entrevues réalisées en 2016 et celles de 2014 ont été lues à plusieurs reprises attentivement de façon à se familiariser avec le corpus et à acquérir une vision d'ensemble (Creswell, 2013) tout en gardant simultanément le discours de chaque membre fondateur en tête en vue de faire des liens lors des relectures et de l'annotation des transcriptions (Remler et Van Ryzin, 2015).

Le processus d'analyse des données s'inspire de la méthode de Miles et Huberman (1994). Le schéma ci-contre représente ce processus. L'analyse des données est donc abordée comme un processus itératif continu où trois différentes vagues d'activités (la réduction des données, la présentation des données, les conclusions et les vérifications) sont réalisées simultanément et imbriquées les unes dans les autres.

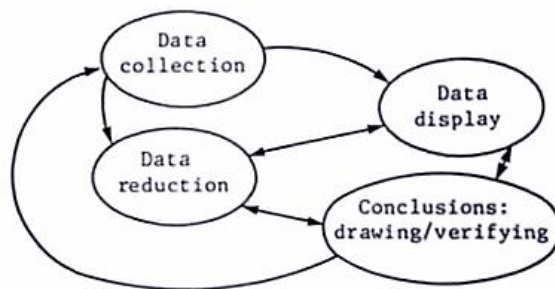


Figure 3 : Le processus d'analyse des données
Repris de Miles et Huberman (1994, p. 12)
Components of Data Analysis: Interactive Model
(Figure 1.4).

La réduction des données consiste en la sélection et en l'organisation des données tout en prenant soin de ne pas les sortir de leur contexte (Miles et Huberman, 1994). Les transcriptions ont d'abord été surlignées et annotées (thèmes, idées). Les données utiles à l'objectif de recherche ont été

conservées. Le cadre conceptuel a été préalablement relu afin de garder en tête ses dimensions et de faire des liens au fur et à mesure de la lecture du corpus de données (Creswell, 2013; Miles et Huberman, 1994; Remler et Van Ryzin, 2015). Les schémas de codage ont été développés de façon déductive, la littérature ayant servi de socle pour le développement du schéma d'entrevue, qui lui, suggérait déjà des thèmes à aborder durant la rencontre (entendu que les réponses des participants sont nécessairement liées aux questions posées). Le regard posé sur l'analyse est ainsi empreint des éléments contenus dans le cadre conceptuel et dans la littérature. Les noms de code ont donc été choisis en fonction de la façon dont les thèmes ont été abordés durant l'entrevue, tout en prenant également en considération les termes choisis par les participants. Une attention particulière a été portée à l'émergence de codes additionnels lors de l'analyse des données (Creswell, 2013; Remler et Van Ryzin, 2015). Les données ont ensuite été organisées par code à l'aide d'un tableau structuré selon le modèle inspiré de Yin (2009) et les niveaux d'analyse préalablement définis (voir section 3.2). Le processus d'analyse a mené à l'affinement des catégories et au développement de sous-catégories reflétant la façon dont les participants se sont exprimés sur les thèmes abordés afin de tenir compte de la singularité du discours de chacun (Miles et Huberman, 1994).

La présentation des données consiste à ordonnancer et condenser l'information afin de cheminer vers l'élaboration de conclusions (Miles et Huberman, 1994). L'objectif de cette phase est de mieux comprendre le phénomène étudié. Une multiplicité de formes peut être utilisée pour présenter les données et mieux comprendre le phénomène étudié. Les données de cette étude seront présentées dans un premier temps sous forme de texte, intégrant des fragments provenant des transcriptions d'entrevues menées auprès des membres fondateurs de SABSA et les liens établis entre les résultats de cette étude (la spécificité du cas particulier) et ceux de la recension des écrits (la conceptualisation déjà disponible), dans l'optique de parvenir à l'affinement analytique (Tsoukas, 2009) tel que discuté dans la section 3.2. Le modèle inspiré de l'étude de cas avec niveaux d'analyse imbriqués élaboré par Yin (2009) sert d'ossature à la présentation des résultats. En ce sens, les résultats sont présentés en ordre hiérarchique selon les niveaux d'analyse définis préalablement (contextes d'émergence de l'ordre du microsocial, du mésosocial et du macrosocial) tandis qu'une partie des résultats s'attelle également à revenir sur le cas en soi et sur le contexte dans lequel il a évolué à l'aide de la perception des facilitateurs et des obstacles rencontrés lors de deux périodes charnières traversées par la coopérative.

La dernière phase du processus d'analyse développé par Miles et Huberman (1994) consiste à tirer des conclusions et à les vérifier. Les conclusions qui peuvent être pressenties dès le début de la collecte des données sont vérifiées à mesure que l'analyse progresse. La vérification des conclusions s'est faite de façon continue et brève dès qu'un doute me traversait l'esprit durant la rédaction, exigeant un retour aux données. Des discussions informelles avec le directeur et le codirecteur de cette recherche ont également permis de valider les conclusions et de tendre vers ce que Miles et Huberman (1994) nomment un consensus intersubjectif (p. 11).

3.7 Considérations éthiques

Le protocole de recherche, les documents relatifs au recrutement et au consentement des participants ainsi que le schéma d'entrevue ont d'abord fait l'objet d'une demande d'approbation au Comité d'éthique de la recherche de l'Université Laval (CERUL) (# d'approbation : 2016-048). Le projet de recherche (sa nature, son objectif ainsi que les entrevues qu'elles nécessitent) a également été présenté et accepté préalablement par le conseil d'administration de la Coopérative de solidarité SABSA (annexe 3). L'utilisation secondaire des données provenant des entrevues menées auprès des membres fondateurs de la Coopérative de solidarité SABSA en 2014 a également été acceptée par le chercheur principal de l'étude en question.

Les membres fondateurs de la Coopérative de solidarité SABSA sollicités à participer aux entrevues ont été rencontrés une première fois afin d'être invités à donner leur consentement à l'utilisation de la transcription de l'entrevue à laquelle ils avaient participé en 2014 dans le cadre de la recherche « Description du processus d'implantation et de fonctionnement d'une clinique de proximité en soins infirmiers dans la ville de Québec : le cas de la Coopérative SABSA » (annexe 4). Durant cette première rencontre, la nature de la présente recherche ainsi que l'objectif de l'utilisation secondaire des données ont été expliqués aux membres fondateurs de SABSA afin que leur consentement soit obtenu de façon libre et éclairée. Un second formulaire de consentement (annexe 5) leur a été soumis lors d'une nouvelle rencontre lors de laquelle l'entrevue pour cette recherche a été réalisée.

Le milieu restreint dans lequel se déroule cette étude et le risque conséquemment plus élevé que les participants soient reconnus lors de la restitution des résultats ont fait l'objet d'une considération particulière. Le formulaire de consentement dédié aux membres fondateurs présentait ce point comme

un possible inconvénient à prendre en considération. Ils étaient ainsi avisés qu'il était possible qu'ils soient reconnus par leurs pairs lors de la restitution des résultats malgré les mesures appliquées pour protéger leur anonymat.

Les entrevues ont été enregistrées en format audionumérique avec l'accord des participants. Plusieurs moyens ont été utilisés afin d'assurer la confidentialité des propos des participants ainsi que leur anonymat. Les enregistrements ainsi que les transcriptions d'entrevues ont été conservés dans des dossiers informatisés protégés par un mot de passe. Tous les matériaux de recherche (formulaires de consentements, enregistrements audionumériques, transcriptions) seront détruits en septembre 2018. Des codes ont été administrés aux transcriptions et aux formulaires de consentement afin de préserver l'anonymat des participants. Une attention particulière a été portée aux propos cités par les participants et utilisés dans le cadre de cette recherche. En ce sens, tout élément pouvant permettre d'identifier la personne a été dépersonnalisé.

Avant que le participant signe le formulaire de consentement, je me suis assurée de répondre aux questions du signataire. Les participants ont été avisés qu'ils participaient sur une base volontaire et qu'ils pouvaient se retirer du projet en tout temps, sans contraintes et sans conséquence.

Chapitre 4 : Résultats

Ce chapitre présente les résultats de l'analyse des entrevues menées auprès des membres fondateurs de la Coopérative de solidarité SABSA en 2014 et en 2016. Les résultats sont présentés selon les trois niveaux d'analyse établis à partir du cadre conceptuel élaboré à la suite de la recension des écrits sur les contextes qui favorisent l'émergence des coopératives sociosanitaires, en les appréhendant selon le modèle d'étude de cas avec niveaux d'analyse imbriqués de Yin (2009). Tout au long du chapitre, des parallèles seront dressés entre les données recueillies auprès des membres fondateurs et le cadre conceptuel de façon à déterminer en quoi l'exemple de SABSA peut venir confirmer, infirmer ou préciser les connaissances établies.

Le chapitre est partagé en six parties. La première partie comprend les contextes d'émergence qui relèvent du microsocial. Les caractéristiques des membres fondateurs ainsi que leurs expériences professionnelles auprès du réseau de la santé, du réseau communautaire et du mouvement coopératif sont abordées de façon à mieux comprendre ce qui les définit comme acteurs et comme groupe. Les idées à l'origine de la conception d'une structure indépendante prenant la forme d'une coopérative sont ensuite présentées de façon à faire le pont entre les caractéristiques des membres fondateurs, leurs expériences et ce qui les a plus concrètement amenés à développer SABSA.

La seconde partie contient les contextes d'émergence mésosociaux. Les contextes présentés dans cette section relèvent du milieu dans lequel les membres fondateurs ont évolué et s'est développée la coopérative ainsi que de l'origine du choix du lieu du point de services. Cette partie inclut également les caractéristiques du réseau de la santé et du réseau communautaire ayant eu une incidence sur l'émergence de la coopérative.

La troisième partie retrace les contextes d'émergence macrosociaux comprenant des contextes politiques et socioéconomiques provinciaux et nationaux susceptibles d'avoir influencé la création de la coopérative.

La quatrième partie revient sur la Coopérative de solidarité SABSA en vue d'avoir un aperçu de la façon dont la vision des membres fondateurs prend forme au sein de l'organisation développée. Ses missions, son fonctionnement, la façon dont la participation des membres s'incarne au sein de

l'organisation, ses relations avec le réseau ainsi que ce qui la distingue des autres modèles sur le plan de ses effets sur la santé des individus et de la communauté y sont abordés.

La cinquième partie présente deux périodes charnières pour la création et la pérennité de l'organisation desquelles se dégagent des facilitateurs et des obstacles à la mise sur pied et au développement du modèle.

Avant toute chose, nous dressons un bref portrait des cinq membres fondateurs de la Coopérative de solidarité SABSA.

4.1 Bref portrait des participants

Les membres fondateurs de la Coopérative de solidarité SABSA sont composés de quatre femmes et d'un homme qui œuvrent tous dans le domaine des services sociaux (n=3) ou de la santé (n=2), plus précisément des soins infirmiers. L'idée de concevoir SABSA découle initialement de trois individus (E1, E4, E5) auxquels se sont greffées deux autres personnes (E2, E3) en vue de former un conseil d'administration. Les diplômes obtenus vont de la technique à la maîtrise. Les parcours académique et professionnel des participants, comme en fera part les prochaines sections de même que l'avait souligné le premier rapport préliminaire d'ESPI (Contandriopoulos, Duhoux, Perroux, et al., 2015), attestent de leur riche expérience auprès des personnes vulnérables ainsi que dans les quartiers Saint-Sauveur et Saint-Roch.

Le parcours des membres fondateurs se croise en un lieu commun, soit un organisme communautaire où tous ont travaillé à titre d'infirmière, d'intervenante, de travailleuse sociale ou de professionnelle de recherche. L'expérience professionnelle de trois d'entre eux débute d'ailleurs dans cet organisme. À l'exception des infirmières qui se sont connues en travaillant dans un CLSC, les membres fondateurs se sont tous rencontrés dans cet organisme. On peut avancer que leur individualité les a portés dans cet environnement, auprès de personne en situation de vulnérabilité, et qu'ils ont d'autre part été façonnés par cet organisme et par les expériences qu'ils y ont vécues.

4.2 Contextes d'émergence de l'ordre du microsocial

Au plan microsocial, les contextes identifiés comme ayant favorisé l'apparition de la Coopérative de solidarité SABSA relèvent de ce qui forge l'identité de chaque membre fondateur en tant que professionnel comme du groupe qu'ils forment, des expériences qu'ils ont acquises au sein du réseau de la santé, du réseau communautaire et du mouvement coopératif ainsi que des origines de l'idée de créer SABSA.

4.1.1 Les acteurs à l'origine de la création de SABSA

Attrait pour l'être humain et l'intervention sociale

Le parcours académique des participants reflète leurs caractéristiques individuelles. Les participants ont un attrait pour l'être humain et l'intervention sociale. Plus précisément, leur intérêt est orienté vers les personnes en situation de grande vulnérabilité, celles qui sont dites marginalisées, exclues et désaffiliées du réseau institutionnel et qui présentent des besoins multiples.

J'avais de l'intérêt pour le communautaire et pour la clientèle désaffiliée du réseau [...] Dans le fond, j'ai toujours eu de l'intérêt à travailler avec cette clientèle-là qui est plus vulnérable, qui a de multiples besoins. (E2_16)

J'aimais beaucoup la clientèle avec laquelle je travaillais; ce qui n'est pas étranger au fait que je travaille toujours avec cette clientèle aujourd'hui: femmes, hommes, prostituées, toxicomanes... ça a toujours été ma problématique "chérie". Les exclus, les marginaux ont toujours été un coup de cœur pour moi. (E3_14)

Je pense que c'est depuis l'adolescence... Nous avons autour de nous des gens qui vont bien, d'autres qui "virent plus mal" et j'ai toujours été fascinée par ceux qui virent mal, j'ai toujours été très sensible à la souffrance. Qu'est-ce qui amène les gens à partir de chez eux, vivre dans la rue pendant des mois, faire de la prostitution, consommer des drogues... (E5_14)

Conception de l'être humain et souci de l'autre

Cet attrait vers les personnes les plus vulnérables traduit une sensibilité à la souffrance d'autrui comme l'évoque explicitement le dernier extrait. La sensibilité à la souffrance d'autrui renvoie à un souci de l'autre perceptible chez tous les membres fondateurs. Leur discours revient fréquemment à la personne et à ce qui peut être fait pour améliorer sa condition. Le souci de l'autre chez les membres fondateurs repose avant tout sur une certaine façon de concevoir l'être humain, soit comme un être estimable en lequel ils croient profondément. Cette conception implique que toute personne devrait pouvoir accéder

à des soins de qualité au moment opportun, sans que ses actes ou son identité constituent un obstacle. Cette conception fait également écho à des idéaux de justice sociale et d'équité dont feront part la prochaine section. Le souci de l'autre s'exprime chez les membres fondateurs de différentes façons. La priorité qu'ils accordent aux individus auprès de qui ils interviennent en est une. Elle représente selon les membres fondateurs une force de SABSA au sens où, conservant cette priorité en tête, l'équipe oriente la prise de décision autour de cette priorité et tend moins à déroger de sa mission. Le souci de l'autre est également perceptible dans la préoccupation qu'ont les membres fondateurs de donner des services au bon moment, de recevoir la personne dans son entièreté, de prendre en considération ses besoins prioritaires et de l'entendre dans son intégralité.

C'est certain que nous faisons un travail, mais au final, je pense que nous avons tous un grand souci du patient. Pour nous, la personne n'est pas un numéro et peu importe qui elle est et ce qu'elle a fait dans sa vie, elle mérite de recevoir des soins de santé et d'en recevoir au moment où elle en a besoin. Je pense que la croyance en la personne et en l'humain, cette priorité au patient, est au centre depuis le début et ce qui fait la force du projet. (E1_14)

Vraiment de recevoir la personne comme elle arrive et qu'elle sente qu'on s'intéresse à elle et que nous sommes là dans le but de l'accompagner et de l'aider. [...] Une approche globale: ce qu'il y a au-dehors et au-dedans. La santé et le psychosocial, la photo complète. Ensuite, c'est de se donner des objectifs qui collent à leurs intérêts. Peu importe le type de besoins. (E2_14)

Le souci de l'autre se matérialise également pour certains par l'aspiration à une décatégorisation des services de santé, entendu que les services offerts par le communautaire ou l'institutionnel sont souvent particularisés dans l'optique de travailler avec une population cible délimitée, par exemple, selon des caractéristiques socioéconomiques, géographiques, sexuelles ou, encore selon des pratiques à risque ou des habitudes de vie considérées malsaines (Massé et Saint-Arnaud, 2003) (ex. toxicomanie, prostitution, jeunes en difficulté 18-30 ans, etc.). Si la division d'une population en groupes cibles vise à maximiser l'efficacité des interventions et à éviter le gaspillage de ressources humaines qui s'engageraient auprès d'une population non concernée par celles-ci, l'étiquetage social – dont découlent la stigmatisation de groupes spécifiques et la discrimination sociale – en est le principal effet secondaire (Massé et Saint-Arnaud, 2003). De même, une classification administrative a un effet réducteur en regard de la lecture des déterminants sociaux de la santé et des dynamiques individuelles et/ou collectives impliquées (Launay, 2016). Chez les membres fondateurs, cette volonté de décatégoriser ou déclassifier les services de santé est soutenue par l'adoption d'une conception de la

santé plus positive (OMS, 1986) et holistique qui cherche à évacuer en quelque sorte le stigma associé à la catégorisation et à considérer la personne dans son entièreté.

[...] je comprends la personne, c'est une utilisatrice de drogues injectables, je le comprends sauf qu'elle n'est pas juste ça dans la vie. [...] Tu viens ici pour tes soins de santé, il me semble que ça sonne mieux que de dire qu'on te catégorise selon une problématique que t'as. Je trouve que c'est plus positif de dire tu viens pour ta santé, peu importe qu'est-ce que t'as d'autres comme problèmes. (E1_16)

Enfin, le souci de l'autre, on le verra dans la section 4.4, se reflète dans le fonctionnement de la petite coopérative et l'approche que les intervenants empruntent (approche globale adaptée à l'individu prenant en considérant tous ses besoins, références aux professionnels ou ressources concernées lorsque les besoins se trouvent hors de leurs compétences, création de corridors de services pour faciliter la trajectoire de soins).

Idéaux de justice sociale et d'équité

Du discours des participants émerge également un idéal de justice sociale et d'équité. Cet idéal est perceptible dans la conception de l'être humain vue précédemment de même que dans l'importance qu'accordent les membres fondateurs à l'accessibilité à des soins de qualité et adaptés et à l'écoute ainsi qu'à la prise en compte de la voix de tout un chacun. Ce dernier élément sera d'ailleurs relevé par tous les participants lorsque les origines de l'idée de fonder une coopérative ont été abordées (voir section 4.1.3). L'idée de la justice qui émerge du discours des membres fondateurs peut s'apparenter à la théorie de la justice de Rawls (1971), au sens où elle rappelle le principe d'égalité des chances et le voile de l'ignorance, position hypothétique derrière laquelle est élaborée la conception de la justice de façon à ce qu'elle ne soit pas influencée par l'identité, le statut socioéconomique, les capacités, etc. d'une personne. Du discours des membres fondateurs ressort en effet l'idée que l'identité et les actes passés d'un individu ne devraient en aucun cas faire obstacle au droit de recevoir des soins de qualité en temps opportun, à l'accès à un espace de parole, à l'expression de son point de vue et à la possibilité d'être entendu.

Pour moi, dans la vie, peu importe d'où tu viens puis qu'est-ce que t'as comme bagage bien, si t'as de quoi à dire, t'as de quoi à dire. T'as le droit de l'exprimer, peu importe ton bagage. [...] Puis, justement, on remettait ça un peu sur le "ah, mais elle a pas de scolarité" [la non prise en compte de la voix des utilisateurs des services dans les organismes communautaires]. Mais, j'ai pas la même scolarité que toi et on est capable de se parler et de se comprendre. (E1_16)

Être témoin de situations injustes imposées à autrui provoque en eux l'indignation, une indignation qui va se métamorphoser en action concrète. Certains des membres fondateurs vont d'abord tenter à de multiples reprises de développer ou d'améliorer les services offerts par le milieu communautaire ou le réseau de la santé sur le territoire de la Basse-Ville de Québec, sans succès. Ces échecs mèneront à la création d'une structure indépendante qui marque l'impossibilité pour les membres fondateurs d'apporter des changements jugés nécessaires dans les structures actuelles en vue de l'équité et de la justice sociale. L'un des participants précise que le modèle coopératif n'était d'ailleurs pas leur premier choix. Il constituait un « plan C » en raison de l'absence de possibilité de créer une offre viable à l'image de leur vision dans un organisme communautaire.

Fait que je me disais plan A, c'est qu'on reste là [1^{er} organisme communautaire] et qu'on essaye de régler les choses, le plan B c'est qu'on s'en allait à [2^e organisme communautaire], on pourrait, j'ai parlé à la direction, mais ça tiendra pas dans le temps parce que les mêmes problèmes qu'on a ici, on va les ravoir là-bas et [1^{er} organisme communautaire], c'est une question de temps, si ça pète pas aujourd'hui, ça va péter plus tard. [...] ça prenait un plan C. Puis, on travaillait sur le plan C. Et puis à un moment donné, j'ai dit plan C: coop. Ça marche. C'est pour ça qu'on a poussé pour le volet coopératif. (E5_16)

Comme plusieurs groupes à l'origine de la naissance d'un projet coopératif, les membres fondateurs se mobilisent pour quelque chose qui les touche, dans ce cas-ci, une situation estimée injuste pour les personnes auprès de qui ils interviennent.

[...] je me suis retrouvée dans un CLSC et j'ai par la suite travaillé sur plusieurs programmes, dont un qui me tient à cœur, c'est le traitement de l'hépatite C, mais c'est à partir de ce moment-là que j'ai vu qu'il y avait une clientèle vulnérable, qui n'avait pas nécessairement accès aux soins pour x raisons, que là, je trouvais ça aberrant et je me disais que ça a pas de bon sens que ces gens-là n'aient pas d'accès à des soins et, de fil en aiguille, en en parlant avec mes collègues, on a décidé de faire quelque chose, d'arrêter de chialer et de mettre nos expériences et nos connaissances pour partir quelque chose qui pourrait répondre à cette clientèle-là. Et c'est à partir de ce moment que la coop a été fondée. (E4_16)

Sens de l'engagement

Les membres fondateurs sont en outre des personnes pourvues d'un profond sens de l'engagement envers les personnes qu'ils soignent. Ce sens de l'engagement se traduit par un effort constant effectué en vue de mieux comprendre leur vécu, qui elles sont et comment mieux intervenir auprès d'elles. Leur participation bénévole au développement et au fonctionnement de SABSA, leur

implication auprès des personnes qu'ils soignent ainsi que la réalisation de formations académiques ou continues motivée par une détermination à mieux prendre soin de ces personnes font part de ce sens de l'engagement.

Et ce n'est pas un hasard si je suis encore dans le milieu [communautaire] aujourd'hui; j'y ai mis tout mon cœur, je suis comme ça, une personne d'engagement, passionnée, qui a une cause. (E3_14)

Et je pense que toutes les personnes qui travaillent à la coop [...] toutes les personnes qui naviguent autour de la coop ont cette qualité-là de comprendre les personnes, de s'impliquer auprès d'eux, de comprendre d'où ils viennent, ce qu'elle veut, ce qu'elle comprend. (E1_16)

[...] ce qui m'a toujours motivée à retourner à l'école et à chercher plus de formations, c'était pour cette clientèle-là. (E5_16)

Un « pilier solide »

En guise de socle du groupe que forment les membres fondateurs, une personne désignée comme un « pilier solide », le « moteur du projet ». Cette personne serait à l'origine de la pleine réalisation du projet par l'entremise du temps qu'elle y a consacré de même que de sa notoriété, sa connaissance du milieu ainsi que sa motivation à porter le projet et à le mener à terme.

[Participante instigatrice] est très connue dans le milieu et a fait des liens entre tout le monde. [Participante instigatrice] était un pilier solide qui a bien fait le lien entre tout le monde. (E1_14)

Tout ça [le modèle et l'offre de services], c'est [participante instigatrice] qui l'a implanté, elle est le moteur du projet, puis [autre participante] s'est rattachée, puis [personne ressource] et moi, il y a... les autres... Nous sommes partis de rien, pas d'argent, locaux, etc. Et aujourd'hui, nous sommes ici et ça ne fait pas trois ans! Nous avons vraiment quelqu'un de passionné, motivé, impliqué. [Participante instigatrice] a amené un projet de cent cinquante mille [en parlant du projet pilote débuté en 2014]. [...] [Participante instigatrice] a donné beaucoup de temps à l'extérieur de la journée pour développer des liens, des idées, des projets. (E2_14)

Cette instigatrice correspond à la description des personnes qualifiées de « leader », soit une personne essentielle au développement d'une entreprise coopérative qui a notamment la capacité de mobiliser une équipe autour d'un projet commun et les capacités de le mener à terme à l'aide d'appuis.

Signification de la proximité

En 2014, démarrait pour la petite coopérative un projet pilote de clinique de proximité de soins infirmiers. Les membres fondateurs s'inscrivent également dans une approche de proximité avec les personnes auprès de qui ils œuvrent. Les acteurs à l'origine de SABSA s'immergent dans le milieu investi par la personne et n'hésitent pas se déplacer à son domicile où dans les ressources pour mieux l'accompagner. Il semblait donc important de mieux comprendre leur propre conception de la proximité.

À ce sujet, le discours des membres fondateurs révèle que la proximité est un terme polysémique qui va bien au-delà de la stricte proximité géographique. Il est d'une part question de proximité physique au sens où les intervenants sont géographiquement près des gens qu'ils soignent et sont prêts à se déplacer lorsque nécessaire dans l'environnement immédiat de l'individu. Cette proximité engage la disponibilité des intervenants et leur accessibilité. La proximité s'incarne d'autre part dans « l'être près de la réalité » de chaque, ce qui nécessite une écoute attentive, en vue de mieux répondre aux besoins de l'individu. La proximité se situe finalement dans le lien construit entre l'intervenant et la personne. Une relation de confiance exige, selon les membres fondateurs, une présence physique et psychique.

Bien, c'est d'être près des gens, c'est d'être près physiquement, c'est d'être dans le milieu. C'est de dire, bon, on est là, [nom d'une intervenante à SABSA] qui est l'intervenante peut se déplacer, [nom d'une infirmière] aussi l'a déjà fait. De dire que physiquement on est près d'eux, mais aussi qu'on est près de leur réalité. Quand on est prêt à écouter c'est quoi leur réalité à eux, c'est quoi leur besoin à eux, à la clientèle. [...] ça vient rejoindre ce que je disais tantôt qu'on voulait avoir l'opinion des gens, qui sentent que la coop leur appartient un peu bien, pour moi, c'est ça aussi la proximité. De dire que oui, on est près de toi physiquement et on est près de ta réalité puis on veut l'écouter, on veut la connaître ta réalité. (E1_16)

Le lien, la relation de confiance, bien ça, ça se fait, ça se développe au quotidien. Il faut que tu sois présent, que les gens te voient. [...]. On a accès à un professionnel rapidement et la proximité, c'est aussi qu'on connaît la personne. On a une écoute et une réceptivité aussi. (E3_16)

C'est de miser sur la relation. [...] Pour moi, c'est ça la proximité. C'est d'être tout le temps présent physiquement que présent mentalement. (E5_16)

Conception du prendre soin et valeurs

Certaines valeurs et idées viennent par ailleurs teinter leur singularité comme l'ensemble du groupe qu'ils forment à l'instar de leur façon de concevoir l'intervention auprès des personnes : le non-jugement, le respect, la solidarité, l'honnêteté, la dignité, l'écoute, l'égalité, l'engagement, une mission commune, l'importance accordée à la participation et à l'implication de chacun, une idée commune de

la façon de répondre efficacement aux besoins de santé des personnes désaffiliées et de ceux atteints d'hépatite C (mission première commune) ainsi que le travail dans l'immédiateté sans les contraintes liées aux formalités administratives. L'immédiateté est d'autant plus importante pour eux lorsqu'il est question d'intervenir auprès des personnes en situation de détresse ou de crise.

Pas de paperasse, le client est vu directement, dans l'accueil, le respect, la dignité et l'écoute. [...]. Nous avons des points en commun, le cœur, la motivation, l'intérêt, l'engagement en commun. [...] C'est ma mission, notre chemin: de rejoindre cette clientèle et de leur donner accès à des services et de construire quelque chose avec eux. Nous ne sauverons pas tout le monde: nous en sauverons certains, en aiderons d'autres... (E2_14)

Nous voulions demeurer dans la tangente où l'infirmière est aussi importante que le médecin, que le travailleur social. Nous voulions que tous aient leur mot à dire et nous avons peur qu'en greffant le projet à un organisme existant, nous perdions le filon d'implication des gens. Le patient pour nous est au centre du traitement et nous voulons aussi son opinion, connaître sa réalité : on veut que nos patients soient impliqués [...]. (E1_14)

Bien à la base, on part des philosophies et des valeurs et des croyances. Nous autres, à la base, ceux qui ont décidé d'implanter ça, de mettre en place la coop SABSA, on avait des visions communes, on avait une philosophie et une manière de voir les choses qui étaient similaires. De faire différemment la façon que le système fonctionne actuellement et d'amener les moyens concrets et des ressources adaptées aux besoins de la clientèle. (E2_16)

Faire différemment signifie notamment de réduire au maximum les processus susceptibles de retarder la prestation des services pour recevoir la personne le plus rapidement possible, d'impliquer davantage la personne dans ses soins dans une perspective de co-construction, de créer un espace où tous se sentent à l'aise. *Faire différemment* prend également tout son sens lorsqu'il est question de l'expérience des membres fondateurs auprès du réseau de la santé et du réseau communautaire (voir section 4.1.2).

Au regard du contenu des entrevues avec les membres fondateurs de SABSA sur ce qui les caractérise en tant qu'individu et en tant que groupe, on peut avancer que leurs intérêts communs, leur conception de l'être humain et de la façon d'offrir des soins à une population marginalisée, leur sens de l'engagement de même que les valeurs, les principes et les idéaux qu'ils partagent participent à la définition d'une identité collective. Le champ dans lequel ils interviennent en tant que professionnels sur un même territoire, les expériences et les épreuves communes (voir section 4.1.2) viendront

solidifier cette identité collective. Cette dernière contribuerait à la cohésion sociale du groupe, entendu qu'elle les amène à se réunir autour d'un projet commun.

Les idéaux, les principes et les valeurs portées par les membres fondateurs sont par ailleurs similaires à ceux présentés dans le cadre conceptuel. Ils représentent les valeurs qu'arborent le modèle coopératif en santé et services sociaux de même que plusieurs composantes promues par le modèle des systèmes de santé axés sur les SSP de l'OPS et l'OMS (PAHO/WHO, 2009) (voir section 1.3 et annexe 1), notamment le droit au niveau de santé le plus élevé possible, la solidarité et l'équité (valeurs), la réponse aux besoins de santé de la population, l'orientation vers la qualité, la justice sociale, la participation et la responsabilité du gouvernement (voir appel à la responsabilisation du gouvernement aux sections 4.2.2 et 4.5.2) (principes).

Enfin, le fait que les membres fondateurs se connaissent et se complètent, qu'ils partagent les mêmes valeurs, principes, idéaux ainsi que la même conception de l'être humain et de la prestation des services sociosanitaires a certainement avantaagé la mise sur pied du projet et son développement. Ces valeurs peuvent être considérées comme les valeurs non quantifiables que constituent les facteurs relatifs au fonctionnement de l'organisation estimés comme indispensables à l'émergence et au développement d'une telle organisation.

La taille de l'équipe de SABSA, somme toute très petite, a par ailleurs sans doute facilité l'action collective ainsi que l'action bénévole durant les premières années de vie de la coopérative comme le suggère la théorie de l'action collective d'Olson (1971) vue au chapitre 1. Rappelons que selon cette théorie, les membres d'une petite organisation sont plus facilement mobilisables vers un objectif commun qu'une grande organisation et que le bénévolat peut également suffire à la mise sur pied du projet. Or, tous les membres fondateurs ont fourni un effort bénévole. Les membres fondateurs ont créé SABSA bénévolement, de même qu'ils y ont travaillé bénévolement surtout pendant les premières années de vie. L'implication bénévole est variable d'un membre fondateur à un autre. Ainsi, certains se sont impliqués plus que d'autres dans ce projet pour différentes raisons. Par exemple, l'un des membres fondateurs mentionne donner du temps au projet à la hauteur de ses capacités et considère que son investissement est moindre que d'autres : *Mais, j'ai pas pu être beaucoup impliqué comme d'autres. À cause de mon travail, à cause de ma famille, à cause de plein de choses.* (E2_16). On peut observer que les membres fondateurs sont engagés dans des réseaux interpersonnels (Granovetter,

1985) qui ont inéluctablement un effet sur leur temps d'investissement dans le projet. En outre, le développement de SABSA est également possiblement simplifié du fait que l'équipe à son origine a l'indépendance de pouvoir choisir avec qui elle travaille de même que ceux qui y exercent leur profession ont opté pour ce milieu de travail de plein gré. Comme l'évoque l'un des participants : *Ici, ça va bien parce qu'on choisit avec qui on travaille, les gens choisissent de travailler avec nous, c'est pas imposé.* (E5_16)

4.1.2 L'expérience professionnelle des membres fondateurs

Auprès du réseau de la santé

Quatre des membres fondateurs ont de l'expérience dans le réseau de la santé, dans le domaine du travail social ou des soins infirmiers. Le participant n'ayant pas d'expérience dans le réseau de la santé a partagé son point de vue en fonction de ce qu'il a pu constater de l'expérience des personnes qu'il a accompagnées et de ses collègues.

Lourdeur de la structure et ses effets

Sans rejeter le potentiel et les avantages du réseau, notamment sa rigueur, les membres fondateurs retiennent tous de leur expérience la massivité, la rigidité et la complexité de la structure dans laquelle le pouvoir politique – entendu comme la possibilité de transmettre son savoir et ses idées en vue d'améliorer les pratiques – semble inaccessible pour les intervenants, engendrant un sentiment d'impuissance chez ces derniers.

Il y a des enjeux politiques et l'administratif, c'est beaucoup de... Ceux qui dirigent mettent les choses en place, puis il y a des avantages à les maintenir comme ça et il y a une hiérarchie, une structure qui est quand même très massive et très forte. (E2_16)

Le réseau est tellement lourd, qu'on n'arrive pas vraiment à atteindre le sommet pour transmettre des idées pour expliquer que nous avons des solutions pour faire mieux. C'est trop gros, et la structure est assez rigide et on n'en sort pas facilement. On ne nous laisse pas aller et tout est très réglementé. Il faut avoir un peu de culot pour pouvoir faire face à toute la controverse que cela occasionne. La nouveauté dérange... (E4_14)

Cette dernière lacune rappelle l'une des raisons de l'essor des coopératives de santé, soit la revendication pour une plus grande participation publique en santé. La difficulté d'être entendu et de pouvoir contribuer à l'amélioration des services offerts représentent une préoccupation importante pour

les membres fondateurs. Cette préoccupation dénote un souci pour la démocratisation des services de santé.

Pour l'un des participants, la massivité de la structure aurait également pour effet de ne pas laisser place à un espace de collégialité et à une approche multidisciplinaire.

Les services de santé devenaient de plus en plus gros et nous n'avions pas d'espace pour échanger avec les intervenants de terrain, échanger sur les cas et profiter d'une approche multidisciplinaire. (E5_14)

Les membres fondateurs avancent en outre que la structure ne cadre pas avec les besoins des personnes en situation de vulnérabilité et des plus démunis. Les nombreuses formalités administratives, les processus parfois lents et complexes menant à la réception des services nécessaires et leur dispersion sur le territoire de la ville de Québec les rendent difficilement accessibles pour ces personnes. Celles-ci peuvent se trouver, par exemple, dans une situation de désorganisation ou d'urgence ou encore ne pas avoir de domicile fixe et être par conséquent difficiles à rejoindre.

Le standard, la trajectoire uniforme et les mécaniques de demandes de services et les délais d'attente, ça marche pas. C'est quelque chose qui est une réalité. C'est pas une usine de chaîne de montage quand t'as besoin et tu étais dans un état de crise ou t'es dans une situation vulnérable, faire une demande de service et d'être dans cartable, d'être dans une liste d'attente, c'est ça. Faut intervenir ou faut répondre le plus tôt possible. (E2_16)

C'est une clientèle très démunie qui a du mal à "naviguer" dans le système de santé. [...] il faut se déplacer beaucoup dans la ville de Québec et les services sont très séparés. Une personne plus démunie, qui n'a pas les moyens ou les connaissances va souvent se perdre dans tout ceci. Souvent, ils vont laisser tomber parce qu'ils trouvent ces démarches trop compliquées. (E4_14)

Ces constats mettent en lumière les besoins en termes de services sociosanitaires des plus vulnérables des quartiers de la Basse-Ville de Québec et l'incapacité des structures actuelles à offrir des services correspondants aux besoins et aux conditions de vie de cette population. Selon les membres fondateurs, les services devraient être adaptés aux réalités complexes de ces personnes.

Services manquants, inadaptés, incomplets et fragmentés

La qualité des services offerts aux personnes les plus vulnérables, dont celles atteintes d'hépatite C, soit celles auprès desquelles les membres fondateurs s'investissent en premier lieu, est également nommée comme un élément négatif de leur expérience dans le réseau de la santé. Tous les cinq observent des services manquants, inadaptés, incomplets et fragmentés. Selon les participants, ces

lacunes ont pour conséquence l'exclusion et l'isolement des plus vulnérables de même que la détérioration de leur état de santé et de leurs conditions sociales.

[...] fait que t'avais des personnes qui se retrouvaient dans aucune de ces cases-là [catégorisation des services] si on veut donc qui étaient un peu laissées à elles-mêmes [dans le réseau communautaire], c'est le CLSC pour vous, mais le CLSC n'était pas adapté pour ces personnes qui avaient besoin de plus de suivi que le suivi offert au CLSC. (E1_16)

Bien, les cliniques réseau et les CLSC et tout ça, on sait très bien que cette clientèle-là y va peu ou ne rentre pas dans ce cadre-là. Quand ils rentrent, ils peuvent être dérangeant ou ils ont de la difficulté autant les intervenants ou intervenantes qui travaillent dans ces cliniques-là, c'est pas leur clientèle préférée et des fois ils sont jugés ou ils sont mal reçus et ne peuvent pas répondre dans l'immédiat à un besoin x. Ça marche pas et on peut pas offrir de services. (E2_16)

Elles [les participantes infirmières] disaient, on a bien beau donner des rendez-vous aux gens au CLSC, ils viennent pas, ils se reconnaissent pas, ils s'identifient pas dans ces structures-là, ils se sentent pas chez eux. (E3_16)

[...] s'ils sont pas rejoints, l'intervention n'est pas en lien avec eux autres, les symptômes de tout ça, c'est que la clientèle devient avec encore plus de dommages de santé au niveau de la santé mentale, au niveau des problèmes judiciaires, au niveau des problèmes de pauvreté en général. (E2_16)

L'un des participants évoque finalement une mauvaise répartition des ressources financières qui affectent en fin de compte la qualité des services offerts aux personnes.

Je n'enlève rien du potentiel du réseau et du système, mais ce que je trouve triste, c'est qu'on pourrait le développer davantage, et l'argent va plus dans l'administration et les cadres que sur le terrain. [...] Malheureusement, on éteint des feux... C'est des enjeux administratifs, des enjeux politiques, des enjeux de budget. [...] Le communautaire, ils sont pauvres, ils sont toujours en train de se battre pour avoir des subventions et nous [employés du réseau] on est grassement payés, etc. [...] Le budget est en haut au lieu d'aller vers le bas où il devrait aller. [...] À un moment donné, ça fait beaucoup d'argent pour ce que ça donne en fin de compte pour le client qui en a besoin et qui n'est pas venu. [...] Ça coûterait beaucoup moins cher de faire du préventif et de la réduction [des méfaits]. (E2_14)

Frustrations et désabusement

En réaction directe aux problèmes relevés par les membres fondateurs, surajoutés au constat que l'un d'entre eux fait quant à la répartition et la gestion des ressources humaines, se dégagent des frustrations et un désabusement. Plus précisément, « [...] un désabusement important quant à la capacité des structures actuelles du système de santé et des services sociaux de répondre adéquatement aux besoins des personnes vulnérables » (Contandriopoulos, Duhoux, Perroux, et al.,

2015, p. 6) et qui, comme l'indignation face aux injustices, se transforme en action, action qui prend corps en la Coopérative de solidarité SABSA.

Aussi, avec [autre participant], nous avons brassé beaucoup d'idées, et avec un cumul de frustration face au réseau, nous nous sommes dites: il faut agir. Et du jour au lendemain, nous avons décidé de fonder une coop. [...] Vient un moment où on devient désabusé. Avec les compétences et les connaissances que nous avons pour soigner les gens, nous pouvons le faire sans toutes ces complications et cette paperasse qui n'est pas importante. (E4_14)

Donc je pense que c'est ce cumul d'aberrations comme ça, le fait de ne pas mettre les bonnes personnes aux bons endroits, de voir des gens qui volaient du temps au réseau parce qu'ils allaient à l'école ou faisaient leurs travaux sur leurs heures de travail, de prendre des semaines de vacances à cause d'accumulations.... [...] j'avais déjà commencé à manifester de l'écoeurement... (E5_16)

Auprès du réseau communautaire

Tous les membres fondateurs ont de l'expérience au sein d'organismes communautaires. Les désavantages qu'ils associent à ce milieu concernent plus spécifiquement la catégorisation de la clientèle, le manque d'organisation, le manque de pouvoir décisionnel des intervenants comme des personnes nécessitant les services, les commérages omniprésents, les rivalités entre organismes et les conflits relatifs aux subventions dans un contexte de sous-financement ainsi que l'insécurité liée à l'emploi. Les avantages évoqués concernent la flexibilité de la structure qui facilite l'immédiateté de l'intervention ainsi que la proximité entre intervenants et personnes soignées.

Catégorisation et restriction

Comme relevé plus haut (voir section 4.1.1), la catégorisation des services présente certains effets pernicieux selon les membres fondateurs. Parmi ceux évoqués durant les entrevues, une restriction de la clientèle admissible dans les organismes communautaires. N'entrant pas tout à fait dans les cases déterminées par l'organisme, une personne peut ainsi ne pas se voir accorder des services. Précisons qu'on exige des organismes communautaires qu'ils aient une mission très précise pour que leur soient accordées des subventions gouvernementales (Deslauriers, 2014), ce qui entre en contradiction avec une vision holiste de la personne et de la santé.

Le réseau communautaire est vraiment fait que t'as une clientèle cible donc si la personne ne s'injectait pas, elle ne pouvait pas être suivie [à tel organisme communautaire], si la personne n'avait pas de trouble de santé mentale, elle pouvait pas aller [à tel autre organisme communautaire], si la personne... fait que t'avais des personnes qui se retrouvaient dans aucune de ces cases-là si on veut donc qui étaient un peu laissées à eux-

mêmes, c'est le CLSC pour vous, mais le CLSC n'était pas adapté pour ces personnes qui avaient besoin de plus de suivi que le suivi offert au CLSC. (E1_16)

Peu importe où ce qu'on était dans les organismes communautaires, il y avait du bon, mais il y avait aussi du mauvais qui était une restriction au niveau de la clientèle. (E5_16)

Les aléas d'une administration désorganisée

Le manque d'organisation des organismes communautaires est également identifié par les membres fondateurs comme une lacune. Bien que la flexibilité des organismes communautaires soit perçue comme un atout, le manque d'organisation, illustré par la difficulté d'acheminer un dossier à la bonne personne et par la confusion dans les rôles de chacun, affecte ultimement la personne concernée par l'intervention planifiée. Encore là, le fonctionnement des structures affecte selon les membres fondateurs la réponse aux besoins des individus.

Les réseaux communautaires manquent d'organisation et les gens du réseau [institutionnel] manquent de flexibilité... (E5_14)

Oui, et le fait de ne pas savoir où référer. Comme le milieu est un peu plus «relax», on a souvent l'impression de jouer un peu au yoyo avec les instances : sans savoir si tel dossier doit passer par la directrice adjointe, ou non, la coordinatrice, le directeur. Tout un va-et-vient; un chemin mélangeant, dans lequel j'hésitais souvent à même poser des questions parce que tout le monde finissait par se renvoyer la balle et que finalement l'intervention auprès de la personne ne serait plus adéquate à ce moment-là. (E1_14)

Manque de pouvoir réel de décision

L'un des effets négatifs de la lourdeur des structures du réseau de la santé évoqué plus haut est l'incapacité d'atteindre la hiérarchie supérieure afin d'accéder à un quelconque pouvoir décisionnel sur les services rendus à la population. De même, l'un des répondants évoque au nom des membres fondateurs la difficulté de travailler dans un milieu communautaire où l'avis des intervenants et des personnes directement concernées par l'offre de services n'est pas véritablement pris en compte. L'avis des membres fondateurs quant au manque de pouvoir réel de décision rend compte de leur volonté d'exercer pleinement leur rôle professionnel et d'assumer les responsabilités qui leur incombent.

Et ce qu'on trouvait difficile aussi c'est que souvent, dans les milieux communautaires, t'as pas de pouvoir de décision en tant qu'intervenant. [...] Dans le fond, quand il y a des décisions importantes qui se prennent, les gens qui utilisent les services ne sont pas concernés. Ils vont avoir l'impact, ils vont donner leur opinion, mais on trouvait qu'il y avait pas de pouvoir réel de décision. [...] Des fois, je trouvais ça difficile de voir que leur opinion

était comme prise en compte oui, mais pas tant parce que "non, il comprend pas la game, il comprend pas". (E1_16)

Commérages, rivalités et luttes pour les subventions

Les membres fondateurs évoquent également les effets des enjeux entourant le sous-financement des organismes communautaires et la répartition des subventions. Ces effets prendraient le plus souvent la forme d'épuisantes séances de commérages, de rivalités entre organismes, de conflits et d'un sentiment de devoir porter le « fardeau des clientèles les plus vulnérables » sans accéder aux avantages perçus par les personnes travaillant dans le réseau public.

Ce que j'ai trouvé plus difficile dans le réseau communautaire, c'est que tout le monde tire sur la même couverture et on entendait fréquemment les «cancans» des autres organismes. Tout le «méméragé», comme c'était un petit milieu, était bien épuisant. [...]. Comme je disais plus tôt aussi, comme tout le monde est en compétition, parfois, des enveloppes budgétaires vont être des objets de jalousie et font que certains souhaitent que les projets des autres ne fonctionnent pas ailleurs. (E1_14)

Ce n'était pas toujours rose et tout le monde tire son morceau de la couverture pour le financement. Plutôt que de travailler ensemble, ils vont se poignarder. (E4_14)

Les organismes communautaires, on sait qu'ils sont moins financés que le réseau public, les gens gagnent moins et ils ont l'impression d'avoir tout le fardeau des clientèles les plus vulnérables, mais sans être reconnus autant au niveau pécuniaire qu'avantages sociaux comparativement aux gens du réseau [...]. (E5_16)

Insécurité liée à l'emploi

Enfin, l'un des participants évoque l'insécurité liée à un emploi contractuel comme une contrainte somme toute courante dans ce champ d'intervention, mais importante, notamment quand l'incertitude persiste jusqu'à la fin du contrat en cours.

Aussi l'aspect «avenir incertain»... encore que c'est une réalité partout, mais dans le milieu communautaire, savoir que son contrat termine en mars et qu'en mars, on ne sait toujours pas si notre contrat va être renouvelé ou pas. C'est quelque chose de quand même inquiétant. C'est une contrainte importante du milieu communautaire. (E1_14)

Les avantages d'une structure souple

L'atout des organismes communautaires réside, selon les membres fondateurs, en la souplesse des structures. Cette souplesse facilite la création de liens durables entre les intervenants, de même qu'entre les intervenants et les personnes qui utilisent les services. Ils ajoutent que la flexibilité de la structure facilite une intervention directe sans passer par un processus de demandes de services.

En fait, j'ai beaucoup apprécié le contact humain, c'est moins structuré, plus proche des gens, on sent le contact et les liens se créent rapidement. Souvent, ces liens vont être plus durables aussi. [...] Donc le communautaire amenait une facilité d'approche. Pas de paperasse avant de pouvoir voir quelqu'un, pas de listes d'attente avant de pouvoir parler de ce que le patient vit maintenant. (E1_14)

Ce que j'aime dans le communautaire, c'est de rencontrer des professionnels, d'autres intervenants et d'avoir la flexibilité de développer des projets avec eux. (E5_14)

Enfin, l'un des participants résume ainsi son expérience au sein du réseau de la santé et des organismes communautaires :

Je pense, qu'on a été tannés d'être pognés dans des guerres d'ego, d'ego de gestionnaires, d'ego de médecins et on veut juste faire notre job et comme on la voyait, pas obligé de débattre de notre point de vue pendant des heures, des mois. Des semaines pour donner des soins à des gens, c'était un petit peu ridicule. On demandait pas plus d'argent, on demandait de faire autrement. (E5_16)

Auprès du mouvement coopératif

Un des déterminants de l'éclosion d'une coopérative plutôt qu'un autre type d'organisation de l'économie sociale pour répondre à des besoins locaux est l'expérience et la connaissance que possèdent les instigateurs du mouvement coopératif (Nations Unies, 1998). Les entrevues avec les membres fondateurs révèlent pourtant que la plupart d'entre eux n'avaient pas d'expérience auprès des coopératives et peu, voire pas, de connaissances à propos de ce modèle. Les membres fondateurs sont plutôt majoritairement issus de l'approche communautaire. Seule celle qu'on peut désigner comme l'instigatrice du projet avait une expérience de ce modèle, plus précisément en étant locataire et membre du conseil d'administration d'une coopérative d'habitation. De son expérience plus ou moins positive, elle retient un principe phare du modèle dans son idéal, soit la participation de tous aux tâches.

Bien, j'aimais le principe. C'est sûr que, moi, j'ai pas eu la plus belle des expériences dans une coop. J'étais dans une coop où est-ce que ça allait moins bien, qu'il y avait des membres qui étaient sur le conseil d'administration qui était là depuis le début, mais il y avait des chicanes entre certains membres [...] Je me suis fait péter mes pneus de bicyclette deux fois pour ça, je veux dire... c'était correct, je voulais y participer, j'ai aimé mon expérience au conseil, j'aime ça le principe que tout le monde participe aux tâches, aux corvées de la coopérative, c'est le principe. (E5_16)

On peut avancer avec prudence que si l'instigatrice du projet n'avait pas vécu cette expérience auprès d'une coopérative d'habitation, l'idée que ce type de modèle pouvait être mobilisé pour offrir des soins de santé et des services sociaux ne se serait pas forcément manifestée ou, du moins, pas aussi précocement.

4.1.3 Les origines de l'idée de créer une structure indépendante

L'origine de l'idée de créer une structure indépendante et le choix fixé sur un modèle autre que l'organisme communautaire, mais arborant une philosophie similaire, concorde en tout point avec les caractéristiques des membres fondateurs ainsi que leur itinéraire expérientiel et les lacunes qu'ils ont observées au sein du réseau de la santé comme dans le secteur communautaire. Plus encore, on peut avancer que les fondements du modèle créé et la pratique opérée à la coopérative correspondent aux idéaux portés par les membres fondateurs en termes d'être en tant qu'intervenants, d'approche auprès des personnes soignées, de conception de la façon dont les soins devraient être offerts et de l'efficacité d'une structure organisationnelle.

Idee de combler des besoins non satisfaits

À l'origine de l'idée de créer cette organisation, le manque, l'incomplétude, l'inadaptation ou la fragmentation de services offerts à l'endroit de certains groupes de personnes sont largement évoqués par les membres fondateurs. Aucune offre n'aurait vu le jour sans demande. Celle-ci semble justement constituer l'un des principaux moteurs de la création de SABSA alors que la nécessité et l'état des services de santé représentent également des conditions favorisant l'émergence de coopératives sociosanitaires ou d'autres initiatives privées.

C'est ça qui manque dans le réseau [répondre à la clientèle vulnérable], c'est pour ça qu'on existe d'ailleurs parce que ce trou-là, il était pas comblé et nous autres on est venu le combler parce qu'on voyait qu'il y avait des manques. (E4_16)

Nous savions qu'il y avait déjà en amont du problème des gens pour faire de la prévention, pour dire : «N'échange pas ta seringue, etc.». Mais le suivi d'une personne en hépatite C, ce n'est pas seulement de faire de la prévention et d'être là à l'occasion pour le traitement, nous voulions être un service complémentaire à ce qui s'offrait déjà. (E1_14)

Il y avait déjà longtemps que nous pensions qu'il fallait réunir tous les services sous un même toit pour ce genre de clientèle, mais il y avait beaucoup de résistance de la part de mes gestionnaires du réseau de la santé, souvent pour des questions de ressources ou de personnel. (E5_14)

Comblent les lacunes du réseau local et développent des services jusque-là manquants, inadaptés, incomplets ou fragmentés sur le territoire de la Basse-Ville qu'ils n'avaient pas réussi à développer dans les différentes structures où ils ont œuvré consistent en ce vers quoi tendaient les membres fondateurs de SABSA en créant une offre de services indépendante et complémentaire aux services

déjà offerts sur le territoire. Cette idée de combler des besoins non satisfaits par les instances en place concorde en tout point avec la principale raison d'être des coopératives en santé de même que les cliniques communautaires développées au Québec dans les années 1960, soit faciliter l'accès à des services de santé et de services sociaux pour améliorer les conditions de vie d'une communauté.

Dans le cas de SABSA, ce sont des travailleurs du milieu qui ont pris conscience des besoins, qui les ont formulés et exprimés, condition qui semble nécessaire à l'action collective. On peut avancer que les membres fondateurs sont les « agents catalyseurs » évoqués par Develtere et Fonteneau (2003) dont l'influence est déterminante pour la prise de conscience d'une situation problématique et pour l'expression et la formulation des besoins identifiés. Comme dans la majorité des cas, SABSA est le fruit d'acteurs locaux, dans ce cas des professionnels, qui tentent de trouver des solutions à des problèmes qui les concernent.

Espace de collégialité ouvert à tous

L'idée de créer un modèle autonome et plus précisément une coopérative tire aussi son origine du désir des membres fondateurs d'impliquer toutes les personnes concernées par l'offre de soins dans la prise de décisions relative à l'organisation et les services qu'elle offre, c'est-à-dire les intervenants comme les personnes qui utilisent les services.

La coop, on trouvait que c'était une bonne alternative parce que tout le monde est membre, tout le monde est capable de donner son opinion et c'est autant pris en compte parce que t'es un membre et la coop appartient à tous les membres. C'était ça qu'on trouvait bien intéressant. (E1_16)

[...] on a cherché qu'est-ce qui était le mieux et c'est la coop qui est ressortie parce que ça donnait la chance aux gens d'avoir une voix. (E4_16)

Ouvrir cet espace de parole est une façon de contrer le manque de prise en compte de la voix des intervenants et citoyens observé dans les milieux de travail que les membres fondateurs ont fréquentés de même que leur manque de pouvoir quant aux décisions prises concernant la gestion et l'offre des services.

Le choix du type « solidarité » qui implique l'adhésion de trois types de membres (travailleurs, utilisateurs et de soutien) n'a pas fait l'objet d'une réflexion étendue. Cependant, ce choix correspond à l'idée que se font les membres fondateurs du fonctionnement idéal d'une structure offrant des services de santé et des services psychosociaux, soit un fonctionnement qui prend en considération

la voix de tous ceux qui sont ou se sentent concernés par les services. Permettre l'adhésion de membres de soutien favorise selon les membres fondateurs l'offre d'un espace de parole pour tous, la mobilisation du plus grand nombre de personnes possible et la cohérence avec la philosophie du modèle développé, notamment la valeur fondamentale qu'est la solidarité.

Je te dirais qu'on n'a pas réfléchi ben ben. Entre mars et décembre [2011], je te dirais que ça a roulé beaucoup et on n'était pas des pros. (E5_16)

C'est le fun de pouvoir voir que tout le monde peut s'impliquer même si c'est pas des travailleurs habituels du réseau de la santé. C'est pour ça aussi que ça permettait d'avoir les utilisateurs comme membre, bien de dire, t'utilises les services, c'est important aussi qu'on ait ton opinion et que tu aies une place sur le CA. (E1_16)

Bien, la coop de solidarité dans le fond, pourquoi qu'on a choisi ça, parce que ça rejoint la mission, ça rejoint un peu la philosophie, la solidarité c'est de travailler tous ensemble, d'être solidaire dans la communauté, d'être impliqué, d'être disponible à travailler en groupe. C'est plus ça. (E2_16)

De plus, l'un des avantages de la coopérative, selon un membre fondateur, est que cet espace de parole et d'implication peut être étendu aux autres coopératives, sans qu'une rivalité s'installe pour l'obtention de subventions comme ça peut être le cas entre organismes communautaires.

Je trouve que l'entraide est plus facile parce que tu deviens membre, pouf t'es dans la coop et tu peux t'impliquer. Tandis que si on prend un organisme qui veut travailler avec un autre organisme, c'est toujours bon, qui va avoir la subvention, qui va fournir ça. C'est tout le temps plus... plus compliqué. (E1_16)

Désir d'évoluer dans une structure simple et indépendante

L'idée de créer une structure indépendante et le choix du modèle coopératif tiennent également dans le désir de créer une organisation structurellement simple et qui, en outre, est plus facile selon les répondants à développer qu'un organisme communautaire.

On ne voulait pas d'une structure lourde comme les autres ailleurs. (E4_14)

En fait, un organisme communautaire, c'est plus dur, ça demande plus de travail. [...]. C'est sûr qu'au démarrage, c'est relativement simple [une coop]. Ça demande du travail, mais c'est quand même simple et viable. (E1_14)

L'idée de ne pas entrer en compétition avec les organismes communautaires pour l'octroi de subventions dans un contexte de sous-financement tout en gardant la philosophie communautaire en est également pour beaucoup dans le choix d'un modèle autre.

[...] il y a encore autant d'organismes, mais les subventions sont réduites. Qu'est-ce qu'on fait? On embarque dans le tas puis on se bat et on se fait haïr des autres organismes aussi? (E1_16)

Et pourquoi on a choisi coop, je te disais pas un organisme communautaire, on voulait la philosophie d'organisme communautaire, mais encore une fois, c'était de ne pas aller piger dans les fonds et aussi la structure. (E5_16)

Les subventions dont dépendent les organismes communautaires sont également évoquées sous l'angle du désir d'indépendance. Celui-ci est abordé dans l'optique d'éviter de dépendre d'une organisation externe pour débiter et développer un projet et d'être à même de faire des choix concernant la structure sans contraintes extérieures. Pour les participants qui évoquent ce désir d'indépendance, vient également la responsabilité, notamment pour les soignants qui doivent être responsables des décisions qu'ils prennent et répondre de leurs actes.

On voulait l'indépendance dans le fond. On voulait ne pas avoir de barrières. Bon, au CLSC, les locaux c'est ouvert de telle heure à telle heure. On voulait être responsable de notre local, de nos horaires. Je pense pas que ça aurait pu être comme c'est là si ça avait été développé à l'intérieur [d'un établissement]. [...] Puis, on a décidé de le partir par nous-mêmes parce que justement, ça traînait en longueur et on se disait, le besoin est là, on le sait, fait qu'on veut le faire. Ça faisait longtemps qu'on en parlait et il y avait personne qui bougeait et souvent, c'était des raisons financières "ah bien là, le financement, on n'a pas d'argent pour..." [...] On n'avait pas le goût de se barrer à dire, on a besoin de 70 000 pour partir notre projet. On n'avait pas le goût que ce soit ça et de dépendre des subventions du gouvernement tout de suite. On avait le goût de prouver que c'était nécessaire comme service avant de se tourner vers... [...] si on avait été dans un CLSC ou dans un organisme, justement encore une fois, on n'aurait pas pu être indépendant et il y aurait eu une certaine dépendance à l'organisme ou l'organisation. (E1_16)

[...] on voulait s'autogérer, on voulait que les personnes qui travaillent, aient leur mot à dire sur les services, oui les patients, mais les gens qui donnent des soins au quotidien qui décident aussi. Et pas juste qu'ils décident, c'est qu'ils soient imputables de ce qu'ils font. [...] C'est pour ça qu'on a choisi le volet coopératif à but non lucratif [...] (E5_16)

Idée du rêve

Pour plusieurs, la création d'une structure indépendante relève du rêve, représentant l'idéal selon lequel les membres fondateurs aspirent à soigner. Comme l'un des participants le mentionne, ce rêve s'inscrirait dans le désir d'offrir des soins à leur façon.

Ces filles-là aussi avaient un rêve. Elles avaient définitivement un rêve de fonder leur propre clinique et de donner des soins comme elles l'entendaient. Mais de façon plus permanente, d'où la fondation de SABSA. (E3_16)

Ça faisait longtemps qu'on en parlait un peu comme en rêve, puis à un moment donné, on en a parlé plus concrètement et [nom d'un participant] le lendemain m'a appelée et m'a dit "hey une coopérative, j'ai regardé ça et ce serait le plus simple à partir". (E1_16)

L'idéal vers lequel tendent les membres fondateurs en créant SABSA peut s'apparenter à la tradition utopique dans laquelle le projet coopératif s'inscrit. En effet, l'idée de créer une structure où ils pourraient soigner tel qu'ils *l'entendaient*, et ce, de façon *permanente* relève d'abord d'un rêve, d'un idéal vers lequel ils tendent.

4.2 Contextes d'émergence de l'ordre du mésosocial

Les contextes d'émergence mésosociaux comprennent dans cette section le milieu dans lequel les acteurs à l'origine de la création de SABSA ont évolué et qui a vu naître cette organisation de même que les contextes qui relèvent des institutions. Ces contextes sont abordés dans l'optique où ils ont pu contribuer au passage à l'action des membres fondateurs.

4.2.1 Le milieu

Les caractéristiques du milieu

Cette section présente les caractéristiques du milieu dans lequel émerge la Coopérative de solidarité SABSA, soit les quartiers Saint-Sauveur et Saint-Roch situés en Basse-Ville de Québec tels que les ont connus les membres fondateurs en tant qu'intervenants et, parfois, en tant que citoyens. Tous les membres fondateurs ont plusieurs années d'expérience dans ces quartiers et trois d'entre eux ont été initialement formés au sein d'un organisme de la Basse-Ville. Le discours des membres fondateurs se rejoint lorsqu'il est question des quartiers Saint-Sauveur et Saint-Roch et des personnes qui les

peuplent, mais chacun d'eux apporte des précisions distinctes en fonction de leur expérience dans cet environnement et avec la clientèle dite vulnérable.

Les membres fondateurs parlent d'abord de ces quartiers comme des quartiers qui ont en commun de constituer « la poche de défavorisation » de la ville. Ils les présentent également comme des secteurs où foisonnent les ressources communautaires. Les gens qui y habitent et qui fréquentent les ressources communautaires sont décrits comme des personnes qui n'ont pas forcément les moyens de se déplacer autrement qu'à pied ou qu'à vélo et pour qui des ressources de proximité sont essentielles.

Bien, comme je disais, c'est sûr que la majorité des gens qui habitent là, c'est des personnes à faible revenu qui vont avoir fréquenté des organismes communautaires ou des popotes où ils vont donner de la nourriture. (E1_16)

Bien, les secteurs de la Basse-Ville, c'est sûr que c'est des secteurs où les gens qui vivent là, c'est pas les plus riches, au niveau socioéconomique, c'est souvent des personnes à faible revenu, c'est des gens aussi qui sont des fois en mode survie, qui ont de la difficulté à rejoindre vraiment les besoins de base. (E2_16)

Bien, j'ai vraiment l'impression que c'est là, la poche de défavorisation et de pauvreté. [...]. C'est important oui d'être proche d'où est-ce que ça se passe, où les gens vivent. Saint-Roch, Saint-Sauveur, il y a comme un historique de quartier populaire et de gens qui sont là, il faut que ce soit accessible pour eux à pieds. [...] Les organismes sont là aussi. La majorité, la concentration des organismes communautaires sont dans ce secteur-là, dans ce périmètre-là. (E3_16)

Certains d'entre eux évoquent l'évolution qu'ont connue ces quartiers dans les dernières années, plus spécifiquement Saint-Roch qui a été la cible d'un processus de revitalisation dès 1989. La démolition entre 2000 et 2007 du Mail Saint-Roch (une rue piétonne couverte), ses retombées sur les personnes itinérantes qui l'occupaient et le changement du paysage urbain ont marqué les intervenants du milieu qui y voient une tentative de repousser la laideur qu'incarne ces personnes et leurs conditions de vie auprès du public.

Ça l'était un peu moins [convivial] dans Saint-Roch [que dans Saint-Sauveur] parce qu'avec le Nouvo Saint-Roch. Ça a beaucoup changé. Saint-Roch dans le temps que je faisais mes stages, il y avait encore le Mail, le Mail, il y avait plein de personnes itinérantes, ils dormaient là entre deux portes. Maintenant c'est le Nouvo Saint-Roch, c'est Benjo, c'est truc de modes, toutes des affaires qui ne sont pas achetables. Et ça, on l'a vu vraiment le changement de la

clientèle. [...] T'avais du côté d'Hugo Boss, tout du monde bien habillé qui allait travailler et tu avais l'autre côté de la rue, c'était des personnes itinérantes. C'était la même rue. [...] On dirait qu'on sentait que c'était pas beau, à l'œil, des personnes itinérantes puis... c'était plus ça va, moins les gens avaient le goût de se tenir dans Saint-Roch parce qu'ils sentaient qu'ils étaient regardés. (E1_16)

Un autre participant décrit les personnes vivant en Basse-Ville comme des personnes plus ou moins désirées par ceux qui travaillent dans le domaine de la santé. Selon ce participant, le manque de ponctualité de certains, se manifestant surtout lorsqu'ils sont désorganisés, n'est pas forcément apprécié des professionnels. Il ajoute à cela la contrainte de la rémunération à l'acte des médecins requérant la carte d'assurance maladie que les plus vulnérables ne possèdent pas toujours. Cette contrainte limite leur accès à un médecin. Enfin, le contexte de « médecine de vitesse » n'encouragerait pas la prise en charge de personnes ayant des problèmes multiples et complexes qui nécessitent du temps. En regard de ce contexte, est évoqué le besoin du milieu de s'adapter à ces personnes.

Puis, Basse-Ville, les gens qui restent en Basse-Ville, c'est pas une clientèle recherchée par le milieu de la santé. Les médecins, c'est pas leur clientèle favorite, c'est pas des gens qui sont fiables, ils arriveront pas nécessairement à la bonne journée à leur rendez-vous ni à la bonne heure. C'est la désorganisation de ces gens-là, mais reste qu'ils ont le droit à des soins pareil. C'est pas à eux de s'adapter à nous. Je pense que c'est à nous de s'adapter à eux [...]. Souvent, les gens n'ont pas de carte d'assurance maladie. La rémunération des médecins, c'est fait par la carte d'assurance maladie. Automatiquement, la porte d'entrée est fermée, ils n'ont pas accès parce qu'ils n'ont pas de carte. [...] Et ça prend plus de temps à gérer ces clientèles-là, souvent ils ont plusieurs problématiques et ils suivent pas nécessairement les consignes. [...] C'est à longue haleine. Puis, je pense qu'aujourd'hui, la médecine n'a pas le temps d'être à longue haleine. (E4_16)

Le choix du lieu du second local

Les membres fondateurs s'accordent pour dire que le lieu du second local, soit celui qu'ils ont investi en 2014 un peu avant l'ouverture de la clinique de proximité, se trouve dans une situation géographique idéale. Le fait qu'il se situe à la jonction des quartiers Saint-Sauveur et Saint-Roch (quartiers où se situe la majorité des personnes démunies qu'ils soignent pour l'hépatite C), qu'il y ait un arrêt d'autobus devant la clinique et que différentes ressources se situent à proximité facilite l'accessibilité des services pour les personnes qui en ont besoin, leur trajectoire de soins, ainsi que le travail de collaboration entre les professionnels et les ressources du milieu.

Je pense que l'endroit où on est situé, c'est stratégique et c'est réfléchi dans le sens de si on veut rejoindre les gens qui sont vulnérables ou désaffiliés, il faut aller dans le secteur où ils gravitent le plus. Être trop éloigné, les gens auraient pas eu autant accès aux services. [...] parce que souvent les transports, ils ont pas nécessairement de voiture, ils ont pas nécessairement d'argent pour se déplacer en autobus, en taxi ou peu importe. Ils voyagent à pied ou ils voyagent avec ce qu'ils ont, un vélo ou... c'est moins loin pour eux autres de venir. Et on est vraiment situé dans un secteur très central. C'était pensé pour ça. [...] En étant proche, il y a une pharmacie, il y a différentes ressources communautaires en santé mentale, différentes ressources pour venir en aide aux clientèles cibles. Ça facilite le partenariat, le travail en collaboration, le travail en complémentarité. Dans le fond, le but, c'est qu'on travaille pour la même personne. (E2_16)

Un des locuteurs se remémore que ce local constituait un second choix. Le premier choix situé dans le quartier Limoilou était privilégié, car il offrait un rez-de-chaussée plutôt qu'un premier étage sans ascenseur, ce qui aurait constitué un facilitateur pour l'accessibilité des personnes à mobilité réduite. Notons que les obstacles à l'accessibilité physique ont été contrecarrés par le déplacement à domicile des intervenantes lorsque le besoin se présentait. De plus, la clinique a depuis déménagé en mars 2017 dans un local situé au rez-de-chaussée du même édifice, donnant sur la rue St-Vallier plutôt que sur le boulevard Charest.

Bien, au départ, on voulait s'installer... [...] sur la 3e avenue à Limoilou et les locaux étaient parfaits. [...] Mais ils voulaient pas parce qu'ils voulaient agrandir la pharmacie. On a poussé, poussé et ils voulaient pas. Fait qu'il nous a proposé cette clinique-là et au départ on se disait "ah, c'est poche, le monde viendront pas ici" tandis qu'à Limoilou, c'est un rez-de-chaussée, c'est plus accessible. On voulait un peu le même modèle qu'ou ce qu'on était dans Saint-Sauveur. Mais là, sincèrement, avec du recul, c'est le meilleur choix qu'on a pu faire. On est en plein milieu. (E5_16)

L'endroit où se situe le local peut constituer une composante du succès du modèle. Située dans un environnement autre, la petite équipe n'aurait pas forcément réussi à rejoindre aussi efficacement les personnes qui nécessitent leurs services.

4.2.2 Les contextes institutionnels

Ce qui était évoqué comme l'expérience professionnelle des membres fondateurs dans les structures de santé actuelles reflète en grande partie les problèmes qu'ils perçoivent de l'ensemble des

institutions sociosanitaires québécoises. Cette section visera donc à compléter leurs constats à l'aide de propos qui ont été recueillis lorsqu'il était question de déterminants plus systémiques de la création de la coopérative.

Certains désignent une gestion inefficace des instances sociosanitaires, illustrée par l'omniprésence du maintien du statu quo et la feinte d'ignorer les situations problématiques dans le système de santé et dans les points de services, comme un catalyseur de la mise en place de leur intervention.

On se disait en blague, moi et [autre membre fondateur], le mode de gestion dans les CLSC, dans les hôpitaux et dans le système de santé, c'est « tu te fermes les yeux et t'attends que ça passe ». Quand il arrive un problème, tu fais ça de même, t'attends que ça passe et ça va se gérer tout seul. C'était le manque d'action total qui faisait qu'il y avait rien qui se passait.
(E5_16)

Un autre membre fondateur évoque un système de santé et de services sociaux « désuet » et « dépassé » et une privatisation progressive des services dont les effets se répercutent avant tout sur les plus vulnérables. Cette personne rappelle le caractère universel de la santé et la nécessité de l'investissement de l'État dans les services publics. Ce fragment fait plus largement part de préoccupations concernant les modifications dans le rapport public/privé et la privatisation croissante des services sociosanitaires de même que les effets constatés sur l'accès aux services ainsi que sur les inégalités sociales de santé. La non-reconnaissance des innovations sociales de même que la petitesse des équipes qui les développe clôturent son discours sur les failles structurelles du domaine de la santé et des services sociaux. Selon elle, cette situation mène à l'aliénation et à l'épuisement des intervenants.

Là-dessus, c'est clair qu'on se rejoignait toutes et qu'on était toutes un peu révoltées du système puis qu'on souhaitait faire changer les choses, puis innover et trouver des alternatives à un système qu'on trouvait absolument désuet et dépassé, surtout pour les clientèles vulnérables. [...] Pour monsieur, madame Tout-le-monde, ça devient de plus en plus dur et pour la personne un peu défavorisée et qui n'a pas les moyens financiers, on s'en va dans un système à deux vitesses. Il y a de plus en plus de privés et va falloir payer pour ci et pour ça. Les gens auront plus de qualité de soins. Moi, ça me fait peur ce qui se passe actuellement avec la réforme Barrette [ministre de la santé] et j'ai très peur [...]. [...] je me disais, crime, c'est l'État qui devrait financer ça. Comme un organisme comme ici, merde, ça devrait être l'État qui nous finance. C'est des services publics. La santé, c'est universel. [...] On reconnaît pas les belles innovations sociales qui se font. Ça devient aliénant et épuisant à la longue. [...] Il y a ces enjeux-là quand c'est porté [les projets] par juste quelques

individus, c'est épuisant, c'est épuisant. C'est fou. C'est nécessaire, mais câline, ça devrait reposer sur des grosses équipes et beaucoup de monde. (E3_16)

4.3 Contextes d'émergence de l'ordre du macrosocial

Les contextes d'émergence macrosociaux ont été abordés dans les entrevues comme des contextes politiques et socioéconomiques qui ont pu avoir une influence sur la création de la coopérative. Ces contextes sont ici restreints aux contextes propres au Canada et au Québec.

4.3.1 Les contextes politiques et socioéconomiques

Des éléments propres aux contextes macrosociaux ont été évoqués par certains alors que d'autres ont rapidement fait appel à ce qui relève du local surtout, dénotant l'attrait des membres fondateurs pour l'intervention et l'action locale.

Néanmoins, deux participants ont relevé les coupes budgétaires du gouvernement provincial et les politiques d'austérité sous le gouvernement fédéral conservateur responsable de coupes importantes et néfastes pour le plein fonctionnement des organismes communautaires déjà sous-financés. Ce contexte aurait selon eux alimenté l'incertitude liée à la pérennité du financement des organismes communautaires et aurait, par conséquent, consolidé l'idée de créer une structure indépendante des subventions gouvernementales.

Tout le contexte politique aussi. C'est sûr que les libéraux ont beaucoup coupé [au provincial]. Tout ce contexte-là aussi. Au fédéral, c'était alarmant, les conservateurs, quelques-unes de nos subventions venaient de là et écoute, les conservateurs, ils coupaient, ils coupaient, ils faisaient juste ça donc tu te dis, il y a encore autant d'organismes, mais les subventions sont réduites. Qu'est-ce qu'on fait? On embarque dans le tas puis on se bat et on se fait haïr des autres organismes aussi? Pour avoir la clientèle qu'on dit qu'on ne fait pas de problématique quelconque et tout. Et ça aussi, tu ne peux pas appliquer sur une subvention si ta clientèle ne rejoint pas telle affaire. Nous autres, on voulait que ce soit général. [...] Fait que c'est sûr que dans ce contexte-là, on voulait faire de quoi de différent pour ne pas nuire. (E1_16)

On n'est pas dans un contexte agréable pour ça. Vraiment pas. Austérité. On fait juste couper. [...] Tellement de coupure, tellement de... de virage au niveau de la santé. Nous, au départ, on était très en réaction de la façon dont les services étaient dispensés par le réseau. Je te le cacherais pas, moi j'ai travaillé dans le réseau et après j'ai découvert ce qu'il se passait dans le communautaire, l'espèce de latitude et d'autonomie. J'étais emballée par ça.

En même temps, sous financement +++, on est regardé comme des sous-traitants, on est vraiment, bon, les enfants pauvres du système. (E3_16)

On peut avancer que les politiques étaient favorables à l'éclosion d'initiatives privées, entendu que le contexte d'austérité ne favorisait pas le développement du plein potentiel des organismes déjà en place. En ce sens, on peut supposer qu'il est possible que ce contexte ait favorisé l'éclosion d'organisations ayant accès à d'autres sources de financement que les subventions gouvernementales. On peut également estimer qu'il existe un espace favorable à l'éclosion d'initiatives privées au sens où, comme vu dans la problématique, l'État encadre peu ce type d'initiatives (MSSS, 2013). Dans le cas de SABSA, l'État ne s'est pas non plus engagé à répondre aux besoins des personnes à qui s'adressent les services de la petite coopérative (*Ils ont pas de plan pour la clientèle [...] (E5_16)*), ce qui constitue également une condition favorable au développement d'initiatives privées (Starr, 1988).

4.4 Retour sur le cas : la Coopérative de solidarité SABSA en soi

Cette section présente les données concernant l'organisation qu'était et qu'est devenue SABSA depuis sa création en 2011, jusqu'en 2016, et ce, dans l'objectif de mieux comprendre de façon globale comment s'incarne plus concrètement la vision portée par les membres fondateurs. Leurs propos font ricochet aux valeurs, aux principes et aux idéaux qu'ils portent de même qu'à leur conception de l'être humain, des soins et des services ainsi que de l'idée qu'ils ont de ce qui favorise l'efficacité d'une organisation. On peut donc avancer que SABSA tend vers ce que les membres fondateurs considèrent comme un idéal en termes de modèle de soins, au sens où ce modèle tente de réunir les forces du réseau de la santé et du réseau communautaire et d'éliminer les faiblesses de chacun des milieux.

4.4.1 Mission première

La mission première de SABSA comme évoquée précédemment par les acteurs rencontrés consistait à offrir l'accès au traitement de l'hépatite C et un suivi complet pour les personnes atteintes de cette affection et co-infectées ou non par le VIH/sida. L'idée était de créer une offre de soins et de services psychosociaux permettant de rejoindre les personnes non jointes par les structures en place, notamment les personnes dites vulnérables et désaffiliées, dont celles affectées par les problèmes de

santé susmentionnés. La gratuité des services est également un élément important pour la mission que s'est donnée la coopérative.

Sa mission, c'est de répondre à une clientèle désaffiliée du réseau de la santé, c'est de répondre à une clientèle vulnérable et de pouvoir permettre d'offrir des services de santé et des services aussi au niveau psychosocial. (E2_16)

Puis, c'est pour répondre à la clientèle vulnérable. Les gens qui voulaient un traitement d'hépatite C, qui n'avaient pas nécessairement une carte d'assurance maladie, pouvaient venir nous voir. (E4_16)

Je pense que le but de la coopérative, c'est qu'il y a pas de sous rattachés. (E2_16)

4.4.2 Second volet : clinique de proximité

D'après le discours des membres fondateurs, la clinique de soins de première ligne a été pensée dès la première campagne de vaccination contre la grippe réalisée dans leur premier local du quartier Saint-Sauveur. C'est à ce moment qu'ils auraient réalisé l'ampleur des besoins de soins de première ligne dans ce quartier.

Et avec tout ceci, nous avons réalisé qu'en ouvrant une coop sur la rue, nous avons réalisé qu'il y avait une grande demande de soins de santé, même pour autre chose que l'hépatite C. Toute une population vulnérable en basse-ville qui n'avait pas accès à de soins appropriés, jusqu'à la vaccination, par exemple pour l'influenza; où les clients de Saint-Vallier, Saint-Sauveur, Saint-Roch, qui allaient à l'hôpital Sacré-Coeur [devenu Centre d'hébergement Sacré-Cœur] pour ce service ont perdu l'accès à la vaccination parce que le service a été supprimé. Ils devaient donc se déplacer, prendre du temps et de l'argent en n'en avaient pas toujours les moyens. Alors nous avons décidé de faire de la vaccination et avons réalisé l'importance de la demande. (E4_14)

4.4.3 Fonctionnement général de SABSA

Les membres fondateurs ont créé une structure qui se veut adaptée aux conditions d'existence des personnes en situation de vulnérabilité. Les conditions et obstacles qu'on retrouve dans les structures habituelles (posséder une carte d'assurance maladie, arriver à temps à son rendez-vous, les processus de demande de services, la fragmentation du suivi, etc.) sont éliminés afin d'améliorer l'accessibilité des services.

Tandis qu'avec la formule comme à la coop SABSA, c'est qu'il y en a qui n'ont pas de carte d'assurance-maladie, il y en a qui ont de la difficulté avec la gestion dans l'ici maintenant, dans la structure, dans l'organisation fait que quand il rentre dans la coop SABSA, ils peuvent être vus quand même rapidement. [...]. Il y a moins de mécaniques administratives comme je t'expliquais au début. [...]. Le papier passe comme en deuxième, on met le focus sur la personne. Je pense que c'est une majeure qu'il faut retenir. (E2_16)

[...] puis même si t'as manqué 22 fois ton rendez-vous, on va te reprendre anyway, je veux dire, c'est beaucoup plus neutre que si t'es dans un CLSC ou dans un organisme communautaire parce que tu as l'approche d'un organisme communautaire, proche, et en même temps avec une certaine rigueur du réseau. (E5_16)

Comme l'évoque un des membres fondateurs, le travail réalisé à la coopérative n'est pas confiné à ce seul endroit. Il s'agit d'un travail d'équipe auquel participent différents professionnels en collaboration avec les ressources du milieu.

Je trouvais ça important parce que oui coop SABSA, c'est bien beau, on est fin et accessible, mais on fait pas ça tout seul, on fait ça avec une équipe de partenaire et avec différentes personnes, autant le médecin qui est responsable du traitement que la pharmacie que le travailleur de rue que l'infirmier... C'est tout ça. (E2_16)

4.4.4 Participation des membres

Manifestations de la participation des membres

L'une des raisons pour laquelle les membres fondateurs ont créé une organisation distincte est la volonté de faire exister un espace de participation ouvert à tous. Les entrevues ont donc abordé la manière dont la participation se manifestait concrètement au sein de la coopérative depuis son ouverture. Outre les instruments habituels de participation d'une coopérative comme les rencontres mensuelles du conseil d'administration et l'assemblée générale annuelle, la participation des membres se manifeste surtout par les dons financiers et matériels.

[...] ça fait beaucoup financièrement par des dons et tout. [...]. Aussi, il y a eu des dons de plein de choses, des bureaux que les gens ne se servaient plus, des trucs comme ça aussi. La mentalité des gens c'est, au lieu de jeter mon linge, je vais le proposer à la coop, peut-être qu'il y a des gens qui en auraient besoin. Ça aussi, je trouve que c'est une belle participation. (E1_16)

Il y a des médecins avec qui on collabore, sur La Ruche [plateforme de sociofinancement], ils ont donné des sous, il y en a d'autres qui supportent la cause, ils vont donner des sous.
(E5_16)

Au-delà des dons matériels et financiers, la participation des membres se manifeste largement de façon ponctuelle à travers le bénévolat. Le bénévolat prend différentes formes, entre autres, par la participation à de menus travaux ou par la prise de parole dans les médias pour plaider en faveur de la pertinence de la coopérative en vue du maintien de ses activités. L'un des participants fait le lien entre le sentiment d'appartenance des membres de la coopérative, leur contribution et la réussite du modèle. Comme une boucle, ces trois paramètres s'influencent. Le sentiment d'appartenance les amène à contribuer, contribution qui participe à la réussite du modèle. L'un des participants est par ailleurs convaincu que la propagande exercée par les membres à travers les médias a été déterminante pour la survie de la coopérative lorsque le financement de la FIQ venait à échéance en 2016.

Des membres utilisateurs vont venir, mettons aider pour l'informatique ou, des fois, on avait besoin de déménager un classeur, [la coordonnatrice] lâche un call sur Facebook et t'as deux personnes qui se pointent. Nos cartes pour donner des rendez-vous, c'est une membre qui fait ça, elle travaille dans une imprimerie [...]. [...] la promotion aussi, nos patients sentent le sentiment d'appartenance et ils contribuent. Ils voient que ça a marché. C'est pour ça que ça fonctionne, c'est parce que tout le monde y participe. [...]. Mais tous les membres, peu importe lesquels ils sont, ce qui nous a aidés dans le combat, c'est qu'ils ont fait de la propagande, on a gagné par la propagande. [...]. Les journalistes, quand ils sont venus ici, oui, ils voulaient ma face, mais ils voulaient parler à des patients. Les patients disaient, ça me tente pas de passer à la TV, mais toi [nom d'un membre fondateur], ça va t'aider - oui, ça va m'aider, ça va aider tout le monde ici - fait qu'ils participaient. (E5_16)

Enfin, l'approche adoptée par les intervenants favorise également la participation de la personne dans son propre épisode de santé. Dans l'optique du modèle coopératif, cette participation trouve écho au-delà de l'épisode de soins en invitant chacun selon ses capacités à s'impliquer dans les décisions concernant l'organisation des services. Il est toutefois difficile de mesurer l'étendue de cette participation chez les membres de la coopérative.

Dans l'idéal du modèle, tu prends aussi des décisions sur comment ta clinique s'organise. Tu dis ce que t'aimes, tu dis ce que t'aimes pas et tu contribues à la hauteur de tes capacités, mais il y a de ça dans le modèle SABSA. Tu es pas passif, tu es actif. (E3_16)

Perception de l'effet de la participation sur les membres

Aux yeux des membres fondateurs, l'espace pour la participation à SABSA est lui-même un catalyseur du sentiment d'appartenance et de la fierté de prendre part à la petite organisation.

Les gens se sentent interpellés. Comme je le disais, on avait le goût que ce soit leur place que ça leur appartienne un peu. Bien on le sent je trouve parmi les membres. [...] on le sent que les gens sont fiers de dire que cette coopérative-là, j'y participe. (E1_16)

Bien le fait les gens ont un mot à dire quand ils deviennent membres. Ils ont le choix de dire qu'est-ce qu'ils pensent, qu'est-ce qu'ils veulent et, avec ça, ça leur donne un sentiment d'appartenance. [...] je pense, qu'on fait partie de ça, de ce qui rassemble la population. (E4_16)

Le fonctionnement de la coopérative vient confirmer que les membres fondateurs, de même que ceux qui gravitent autour de la petite organisation, tendent vers les éléments structurels et fonctionnels présentés dans le cadre conceptuel pour les systèmes de santé axés sur les SSP (PAHO/WHO, 2007). Ces éléments essentiels sont également présentés comme ce à quoi devraient correspondre les compétences d'une équipe de SSP (PAHO/WHO, 2009).

4.4.5 Relations avec le réseau

Bien que SABSA soit une organisation distincte du réseau de la santé ou du réseau communautaire, l'organisation a développé au cours des années de solides relations avec les structures et les ressources environnantes. Des références de patients se font ainsi de façon réciproque, illustrant la complémentarité des services offerts sur le territoire.

C'est sûr que le réseau de la santé nous réfère beaucoup de patients. Des fois, nous, on en réfère au réseau. Je pense que c'est du donnant-donnant. (E4_16)

On a beaucoup de liens avec les spécialistes pour l'hépatite C/VIH, ça va bien de part et d'autre. On est rendu avec un deuxième gastroentérologue qui va venir ici. On a un lien avec la psychiatre ici, elle est pas dans le réseau, mais payée par la RAMQ. On a des liens avec le CLSC qui nous envoie du monde, du ponctuel ou des médecins de ProActive, la clinique médicale qui nous envoyait un patient pour une hépatite C. Elle s'occupe du reste, mais pour l'hépatite C, c'est nous qui faisons le suivi. Ça va super bien. (E5_16)

Les relations développées le sont principalement dans l'optique de faciliter l'accès aux soins et la rapidité des services. Les trajectoires de soins sont ainsi facilitées par la création de corridors de

services développés à l'aide du réseau de professionnels avec qui les acteurs de SABSA ont tissé des liens. Il est d'autre part question d'alléger le réseau de la santé en exerçant leur plein potentiel en tant qu'intervenant de façon à simplifier la trajectoire de soins des individus de concert avec les autres professionnels.

C'est d'ouvrir une porte pour le volet de la santé puis de travailler conjointement là-dedans. On n'est pas des experts dans tous les domaines, des spécialistes. Le but, c'est justement de faciliter l'accès, travailler avec des personnes ressources là-dedans. (E2_16)

Tout ce qu'on peut faire pour aider à alléger parce que c'est fou le réseau de santé, c'est comme intense comment que ça va pas bien depuis quelques années puis on dirait que ça ne finit pas par s'améliorer. La coop pour nous c'était une option d'alléger justement, par rapport à l'hépatite C, voir un gastroentérologue, c'est long. [...] Pour nous, c'était ça, c'était d'alléger, pas la bureaucratie, mais toutes les petites affaires qui fait que c'est long et que c'est compliqué. (E1_16)

4.4.6 Distinction du modèle du point de vue des effets sur la santé

On a vu précédemment que SABSA était une organisation distincte du réseau de la santé et du communautaire – entendu qu'elle ne dépend d'aucune instance pour mettre en œuvre sa mission – bien qu'elle entretienne des relations avec les organisations du milieu pour améliorer l'offre et la trajectoire de soins. La coopérative se distingue également des points de services présents sur le territoire, comme le mentionne le rapport préliminaire d'ESPI mis à jour en 2016, en constituant « [...] un point d'accès spécifiquement adapté pour des patients que le réseau ne parvient pas à rejoindre au niveau de la première ligne. » (Duhoux et al., 2016, p. 10). Cette section présente les données relatives à la perception des membres fondateurs quant à ce qui distingue le modèle du point de vue de ses effets sur la santé des individus et de la communauté.

La facilité d'accès aux services est nommée par plusieurs comme un élément distinctif pouvant avoir un impact sur la santé des individus comme de la communauté. L'aspiration à une certaine décatégorisation des services de santé discutée dans la section 4.1.1 se concrétise par une accessibilité facilitée. L'un des participants fait appel au terme « neutre » pour qualifier cette absence de conditions d'accès aux services de la coopérative, de catégories fixées limitant indéniablement l'accès aux personnes qui ne correspondent pas aux critères établis. À SABSA, seule une restriction

géographique est fixée en raison du nombre restreint d'intervenants, condition qui reste somme toute perméable.

On trie pas par clientèle, on trie par le quartier Saint-Sauveur/Saint-Roch, mais là, ils nous crossent, on demande pas de carte et ils viennent de Beauport et ils nous disent qu'ils viennent de la rue Saint-Joseph et on les croit. On en prend quelques-uns de Limoilou à travers et tout, mais on est quand même assez accessible. Moi, je pense que c'est plus neutre, vraiment plus neutre parce qu'il n'y a pas de conditions, mis à part de rester dans le quartier, et ça, c'est une condition parce qu'on peut pas prendre tout le monde. Il y a personne qui est barré ici. (E5_16)

Selon plusieurs, la présence d'intervenants ayant travaillé longtemps dans le milieu et en qui les patients ont confiance ainsi que l'approche humaine qu'elle fait sienne facilitent également l'accès aux services offerts par la petite coopérative. Le fait que les intervenants soient autant à l'aise avec les plus démunis qu'avec les plus nantis favoriserait l'accès à une population hétéroclite.

Bien l'accessibilité peut-être. Ça fait en sorte que, justement, admettons [noms des deux infirmières] étaient connues dans le milieu, les gens ne sont pas gênés de venir les voir et de leur poser une question qui peut-être qu'avec un autre médecin qu'ils ne connaissent pas pourrait paraître un petit peu niaiseuse, qu'eux autres pourraient se sentir niaiseux de la poser. [Les deux infirmières], pour vrai, avaient une très bonne réputation dans le réseau, les gens leur font confiance, les gens n'hésiteront pas à mettre leur santé entre leurs mains parce qu'ils le savent qu'elles sont compétentes, elles sont accessibles avec la clientèle. Avec les personnes, peu importe que ce soit un travailleur genre fonctionnaire haut placé ou que ce soit une personne qui dort en dessous du viaduc la nuit, les filles et je peux dire moi aussi, mais c'est autant accessible. (E1_16)

Mais, elle a une approche complètement différente et beaucoup plus humaine, beaucoup plus facile d'accès et beaucoup plus appropriée pour le type de clientèle qu'elle dessert. (E3_16)

Plusieurs évoquent également l'approche adoptée par les intervenants comme un trait distinctif du modèle du point de vue de ses effets sur la santé. En considérant la personne comme partie prenante et en lui permettant d'acquérir une meilleure compréhension de son état de santé, les intervenants favoriseraient la participation de la personne dans son propre épisode de santé.

[...] je pense que toutes les personnes qui naviguent autour de la coop ont cette qualité-là de comprendre les personnes, de s'impliquer auprès d'eux, de comprendre d'où ils viennent, ce qu'elle veut, ce qu'elle comprend. Ça fait en sorte que les gens en plus tendance à

prendre leur santé en main s'ils ressortent avec les bonnes informations et des informations qu'eux autres comprennent que s'ils sont là et qu'ils ont bogué sur le premier mot qui rapporte au scrabble que le médecin a dit. (E1_16)

[...] je trouvais que les gens prennent en charge leur propre santé, il y avait de quoi là-dedans qui me plaisait. Ça fit beaucoup avec la théorie de l'empowerment, de la reprise du pouvoir d'agir, les gens s'investissent, deviennent partie prenante aussi de leur santé. (E3_16)

D'autres mentionnent encore l'approche préventive et de réduction des méfaits dans lesquelles les intervenantes de SABSA s'inscrivent et comment l'obtention de résultats positifs est facilitée par la qualité du suivi offert.

De faire beaucoup de prévention et on voit nos gens souvent donc plus tu les vois souvent, plus tu peux faire passer des messages de prévention. Si tu as un meilleur suivi, il y a plus de chance que tu gères mieux des détériorations de maladies physiques. On est beaucoup dans une approche de réduction des méfaits aussi. (E5_16)

Finalement, l'un des membres fondateurs distingue SABSA des autres modèles par l'aptitude qu'ont les intervenantes à aborder la santé mentale, s'expliquant par leur longue expérience dans le communautaire et l'intuition qu'elles y ont acquise.

On dirait que ça [la santé mentale], c'est moins souvent abordé et, à la coop, on dirait qu'on marche - quand t'as travaillé dans le milieu communautaire - on dirait que tu marches au feeling beaucoup. On dirait que le feeling est bien important côté santé. On est peut-être plus à l'aise d'aborder la santé mentale aussi que d'autres spécialistes. (E1_16)

4.5 Deux périodes charnières : facilitateurs et obstacles lors de la mise sur pied du projet (2011) et en contexte de négociation pour un financement pérenne et public (2016)

Cette section présente la perception des membres fondateurs quant aux éléments qui ont été facilitateurs ou contraignants lors de deux périodes décisives pour la mise sur pied du projet et la pérennité de la coopérative, soit lors de sa création en 2011 et en contexte de négociation pour un financement public en 2016. Ces éléments constituent des indicateurs du contexte dans lequel a évolué la coopérative de même qu'ils reflètent les embûches auxquelles peut faire face ce type d'initiative dans le Québec actuel. Ils permettent également d'identifier les sources d'appuis et les leviers d'intervention qui ont été

favorables au développement et à la pérennité de cette organisation. Bien que les membres fondateurs n'en fassent pas explicitement mention, on peut supposer que l'équipe présente à SABSA durant ces deux périodes a été apte à mobiliser ces appuis, contribuant au fonctionnement du projet. Le discours des membres fondateurs met également en lumière ce qui fait la légitimité du modèle auprès des citoyens et de certaines instances ainsi que ce qui pose problème aux yeux des pouvoirs publics.

4.5.1 Mise sur pied du projet (2011)

Éléments facilitants

Les facilitateurs évoqués par les membres fondateurs lors de la mise sur pied de SABSA concernent avant tout la présence des personnes qu'ils suivaient avec lesquelles un lien de confiance était déjà tissé. Ces personnes continuent à les appuyer dans leur démarche. Sont également soulignés la connaissance mutuelle des membres fondateurs, leurs liens de confiance et de collaboration, leurs points communs, leur complémentarité, leur solide expérience professionnelle, leur intérêt envers le projet, leur motivation à s'impliquer et leur engagement auprès de ce projet comme des personnes auprès de qui ils interviennent.

Fait que la clientèle, c'est sûr que nous autres on a beaucoup de lien avec gens-là fait que ça facilite aussi le lien de confiance pour pouvoir venir à la coop. Parce qu'[infirmière] a travaillé beaucoup dans le communautaire, [autre infirmière] a travaillé dans le communautaire, il y avait comme quelque chose qui avait une crédibilité, une porte d'entrée. Il y avait moins de méfiance, moins de résistance dans un endroit où est-ce que t'as un lien d'appartenance. (E2_16)

Sinon, ce qui a facilité le processus, c'est que nous étions toutes des personnes qui avaient déjà travaillé ensemble et nous connaissions déjà le point de vue des autres sur certains éléments et nous étions; nous sommes solidaires. Il y a de la confiance et cela a vraiment joué. Ce sont des personnes d'expérience aussi. [...] c'était de l'implication et nous n'avons pas compté le temps. (E1_14)

On y croyait tellement, puis la volonté de répondre bien répondre aux besoins de ces gens-là, très vulnérables... C'est ça: l'engagement dans une cause, quand tu y crois et vois quand le système ne fait pas bien ou défaille carrément à ces gens et que toi tu as une vision... [...] c'est aussi le courage et la vision de femmes de cœur passionnées et qui croient profondément. (E3_14)

Au risque de le répéter, je pense que l'essentiel est de s'associer aux bonnes personnes: des gens qui ont la même vision, une personnalité compatible. Le tout est d'assumer ses responsabilités. (E5_14)

L'un des membres fondateurs mentionne un contexte valorisant les coopératives et favorisant leur essor par le nombre de concours et de subventions octroyées à ce type d'entreprise. Des événements pour les coopératives viennent d'ailleurs ponctuer cette période : l'année internationale des coopératives (proclamée par l'ONU en 2012) (Nations Unies, 2012) et le Sommet international des coopératives (tenu à Québec en 2012) (Sommet international des coopératives, 2017). Toutefois, rappelons que les coopératives de santé sont vivement critiquées dès 2011 au Québec pour les pratiques illégales que plusieurs adoptent (RAMQ, 2011).

Les coopératives dans les dernières années, ça a été beaucoup valorisé aussi. Il y a eu l'année des coopératives, le Sommet des coopératives. Il y a eu plein de trucs qui étaient indépendants et qui étaient pour les coopératives. Ça faisait en sorte qu'on pouvait viser ce créneau-là, ces concours, ces subventions et justement, ne pas aller retoucher aux subventions qui étaient déjà utilisées par les organismes existants. Ça faisait comme en sorte que ça faisait pas de compétition, mais de la complémentarité pour les organismes. (E1_16)

C'est pour ça qu'on a choisi le volet coopératif à but non lucratif même si on savait qu'il y avait des remous parce qu'il y avait eu des coopératives de santé, de médecins, qui avaient été mises sur pied et qui avaient demandé des montants aux patients. (E5_16)

La perception des coopératives par la population constitue un élément déterminant du développement d'un tel modèle dans une communauté. Dans le cas de SABSA, on assiste à un contexte où perceptions positive et négative s'entrecroisent. On peut estimer qu'en définitive la réputation des coopératives n'a eu que peu d'influence dans la prise de décision des membres fondateurs. D'une part, l'image des coopératives en santé au Québec n'a pas incité l'équipe à opter pour un autre modèle, peut-être parce qu'ils ne se sentaient pas concernés par la raison pour laquelle certaines coopératives étaient critiquées (l'exigence de frais d'adhésion pour l'accès à des services couverts par la RAMQ). D'autre part, ils n'ont pas seulement été chercher des subventions accessibles qu'aux coopératives.

Enfin, certains appuis ont facilité la mise sur pied du projet. Sont notamment nommés la Coopérative de développement régional et le Carrefour Jeunesse-emploi (pour l'appui au développement de la coopérative), l'organisme Le Rucher et l'entourage des membres fondateurs (pour l'appui moral).

Éléments contraignants

Parmi les contraintes au développement de la petite organisation indépendante, la désapprobation du milieu communautaire et institutionnel fut un élément marquant et éprouvant pour les membres

fondateurs. Le développement de la coopérative a, dès ses débuts, semé la controverse dans le milieu et a été perçu de l'extérieur comme un affront, une trahison envers les structures déjà en place.

Malheureusement, la coop n'a pas été perçue comme ça [comme un service complémentaire à ce qui s'offrait déjà]. Elle a été perçue comme une trahison par beaucoup de gens dans le milieu, comme si nous allions arriver et prendre les enveloppes budgétaires alors que notre but était d'essayer d'apporter de l'aide au traitement. Jamais nous n'avons eu recours aux mêmes enveloppes budgétaires, mais ce qui a généré un gros conflit, c'est le fait que nous nous soyons investis en détention. Comme je le disais, une personne sur cinq atteinte de l'hépatite C est en détention. Mais cela a été très mal vu parce qu'il y avait des organismes sur place et que quand nous nous sommes présentés en détention, c'était en accord avec l'intervenant sur place, et qui n'avait pas eu l'aval de ses patrons, aussi, nous avons eu l'air de mal faire les choses. (E1_14)

Ça dérangeait beaucoup, on a suscité des controverses. Nous avons été invitées à nous présenter dans un comité de service à bas seuil au sein du CSSS parce que nous étions un nouveau joueur dans la région et les gens parlaient. Ils voulaient savoir qui nous étions, si nous allions leur retirer de la clientèle, etc. Différents enjeux... les CA étaient faits de stratégies et de "ventilation". On parlait des dérapages. (E3_14)

Quand nous avons officiellement ouvert, les menaces ont commencé. On nous a accusés, comme organisme de faire du vol de propriété intellectuelle, que nous allions faire de l'argent et des profits avec les patients.... Attaques par-dessus attaques. (E5_14)

Précisons que lors du développement de la clinique de proximité en 2014, plusieurs des organisations qui avaient précédemment désapprouvé le projet ont changé de position et ont appuyé les démarches de la coopérative.

D'ailleurs, depuis l'annonce [du projet-pilote], plusieurs organismes qui nous avaient tourné le dos et qui étaient en froid avec nous sont soudainement intéressés parce qu'ils voient que c'est un projet novateur qui a de l'avenir. (E1_14)

Aux contraintes évoquées, s'ajoute l'absence de considération pour la prise d'initiative, une initiative qui, d'autant plus, ne représentait pas une menace pour l'obtention de subventions gouvernementales en raison de son identité coopérative.

C'est qu'au lieu d'être vu comme une initiative intéressante communautaire à but non lucratif qui allait chercher d'autres méthodes de financement que les organismes communautaires, on a été vu comme la menace ultime, qu'on était en gros conflit d'intérêts, que c'était épouvantable ce qu'on avait fait, qu'on by-passait le réseau public, qu'on by-passait le

réseau communautaire. Effectivement, on by-passait, mais c'est juste qu'on pouvait pas pousser plus loin. Donc, on a essayé de focuser sur les soins aux patients. (E5_16)

Enfin, certains mentionnent parmi les limites le manque de soutien escompté du Centre local de développement en raison de l'orientation santé de l'organisation et le manque de ressources financières et matérielles qui a nécessité de faire preuve de créativité et de persévérance.

4.5.2 En contexte de négociation pour un financement pérenne et public (2016)

En contexte de négociation avec le réseau local pour un financement plus permanent, la Coopérative a été largement médiatisée dans la région de Québec. La petite organisation a vite été appuyée par nombre de personnes, mais a également fait face à l'opposition de certains. Plusieurs éléments facilitants a permis selon les membres fondateurs d'obtenir un consensus tandis que certaines contraintes ont freiné leurs démarches auprès du ministère de la Santé et des Services Sociaux et du CIUSSS de la Capitale-Nationale.

Éléments facilitants

Les éléments facilitants identifiés reposent surtout sur le fait qu'aucun plan n'a entre-temps été développé pour que le réseau local prenne en charge les clientèles vulnérables dont SABSA s'est donné la mission de soigner. De surcroît, les médecins de la Basse-Ville ont, selon les membres fondateurs, montré de la solidarité envers la petite coopérative en confirmant qu'ils n'allaient pas s'occuper de cette clientèle si SABSA venait à fermer faute de financement.

Ils ont pas de plan pour la clientèle, il [le ministre] a fait le tour des médecins des cliniques de la région, [en leur demandant] si jamais on fermait, s'ils allaient prendre la clientèle. Tout le monde a dit « non, fermez-les pas, on les prendra pas ». Fait que les médecins ont été solidaires à notre cause. Puis, il avait pas de plan. Mais c'est à l'image du réseau, de pourquoi on a parti la coop. Ils ont pas de plan. (E5_16)

Un autre élément facilitant mentionné est la sympathie que SABSA a suscitée auprès du public. L'identité coopérative a été une véritable contrainte pour l'octroi d'un financement permanent gouvernemental selon les membres fondateurs. Toutefois, cette identité aurait attiré le soutien de ceux qui affichent un ras-le-bol envers l'état actuel de l'offre de services de soins de première ligne.

Pas pour avoir du financement gouvernemental, ça, c'est clair que ça a pas aidé, mais pour attirer la sympathie des gens ou rallier des donateurs plus anonymes ou des gens qui

pensent différemment ou qui en ont marre du système actuel. Ça, ça a dû rallier les gens à la cause définitivement. Parce que oui, on manque d'alternatives intéressantes et tout ça, mais on se bute à un système qui pense complètement différemment. (E3_16)

Les gens aussi, les contribuables sont écœurés de payer et de pas avoir de services, être obligé d'aller dans le privé. Ça aussi. De pas avoir accès. Je pense que c'est un ensemble de choses. Autant ça nous a nui d'avoir ce gouvernement-là pour nous, autant que la conjoncture économique et politique présente nous a aidée à avoir tout l'appui dans la population et de différentes instances. (E5_16)

Enfin, la constance des intervenants de SABSA à garder au cœur de leurs préoccupations les personnes soignées et à ne pas perdre de vue leur mission, malgré la conjoncture défavorable, a certainement aidé la petite équipe à ne pas s'égarer dans leurs revendications et à rallier le public à leur cause.

On a été beaucoup médiatisés, beaucoup sollicités, mais de dire que c'est toujours le patient. On met des affaires de côté, on peut pas être partout, on peut pas aller faire des conférences partout, on peut pas être sur le spot partout et c'est pas ça le but. Le but, c'est de donner des services aux personnes de la Basse-Ville et aux personnes les plus démunies surtout selon la vision qu'on a. On se laisse pas embarquer dans le tourbillon. (E5_16)

Je pense que c'est parce qu'ils sentent que c'est vrai. C'est pas de la poudre aux yeux et c'est pour ça qu'on vit encore et qu'on est encore là. C'est notre clientèle qui fait qu'on est là. (E4_16)

Éléments contraignants

Enfin, parmi les contraintes vécues durant cette période charnière, l'identité coopérative. Bien qu'il ait pu être source d'appui du public, ce modèle serait également perçu comme une entité marginale qui fonctionne dans une logique contraire à celle qui est actuellement préconisée par le ministère.

Je pense que ça a été vu comme une entité un peu plus marginale. Ils ont plutôt essayé de ramener ça dans le CIUSSS et dans le courant central et une coopérative, eux, ça fait peur. Je pense qu'il n'aimait pas trop ça comme modèle. Ils ont pas la mainmise là-dessus là. Actuellement, avec le gouvernement qu'on a, on est plutôt dans une logique top-down, mais une coopérative, c'est tout le contraire. On part des besoins de la communauté et on est très à l'écoute. (E3_16)

Ce qui n'aide pas non plus, c'est que nous autres, notre vision c'est qu'on veut que les patients parlent. [...]. C'est pas dans la vision du ministère de la santé que les gens prennent leur place. (E5_16)

Les premières propositions offertes par le ministère ne convenaient d'ailleurs pas au conseil d'administration qui tenait à ce que l'organisation conserve son indépendance. L'équipe de SABSA refuse un financement qui modifierait les fondements de l'organisation et leur façon de fonctionner. L'un des membres fondateurs souligne que, de même que les investisseurs privés ne devraient pas s'immiscer dans les affaires des organismes communautaires qu'ils financent, le financement du ministère ne devrait pas altérer le mode de fonctionnement de SABSA.

Ils voulaient que ce soit dans une entité comme le CIUSSS, mais je pense qu'ils ont compris que de toute façon on continuerait pareil, qu'ils le veulent ou qu'ils le veulent pas. (E4_16)

Bien si on va chercher du privé pour bien l'investir dans le communautaire, ça va. Mais qu'ils viennent pas me dire comment agir ou comment prendre une décision par exemple. Il faut que je puisse préserver mon autonomie. C'est la même chose pour SABSA, je pense. [Participante], Barrette lui en a offert des choses, mais elle dit, c'est pas vrai, il faut qu'on garde notre libre arbitre et on fera pas de compromis sur notre façon de fonctionner. Je pense que c'est là que le bât blesse. Le grand défi, c'est quand t'es obligé de te travestir pour le financement. (E3_16)

Sans égard à l'identité coopérative, le fait d'avoir développé un modèle de petite taille, simple et efficient peut être dérangerant pour plusieurs dans un contexte où le système de santé peine à faciliter l'accessibilité des services de santé de première ligne pour tous.

Bien, c'est sûr que ce qui est confrontant, c'est de faire la démonstration que c'est efficace. L'accessibilité, l'efficacité, l'offre de service, le rendement de tout ça. Il y a des chiffres qui sont rattachés à tout ça. J'ai pas les chiffres avec moi. Mais, c'est comme faire la démonstration qu'adapter la formule en fonction de cette clientèle-là ou de ce groupe de gens là, c'est moins coûteux que la formule du système. Fait que c'est sûr qu'il y a des enjeux politiques là-dedans, c'est confrontant politiquement parce qu'on est comme une petite boîte très petite, mais qui rejoint beaucoup de gens non rejoints avec un très faible budget et moyens financiers et si on fait le comparatif avec une machine qui est une grosse boîte, puis la petite à côté qui rejoint plein de gens, bien ça peut déranger au niveau de l'opinion publique, au niveau des médias. (E2_16)

Chapitre 5 : Discussion

Ce chapitre cherche à rendre compte des spécificités du cas de la Coopérative de solidarité SABSA (Tsoukas, 2009) en regard du cadre conceptuel développé à partir de la recension des écrits sur les contextes d'émergence des coopératives en santé et services sociaux. Ces précisions sont présentées selon trois axes :

- 1) Les précisions relatives aux individus et leur expérience;
- 2) Les précisions relatives aux contextes socioéconomiques et politiques;
- 3) Les précisions relatives à la réponse institutionnelle.

Les trois dernières sections de ce chapitre engagent une réflexion sur le sens de l'émergence de SABSA, le choix du modèle et son instrumentalisation ainsi que la place des coopératives dans le domaine de la santé au Québec. Cette réflexion s'inscrit en continuité avec celles déjà entamées autour du phénomène étudié, soit l'émergence de SABSA et plus largement l'émergence des coopératives dans le champ de la santé et des services sociaux. Cette dernière section compte également aborder le phénomène sous une nouvelle perspective (Tsoukas, 2009).

Avant toute chose, rappelons que l'objectif général de cette recherche est de « comprendre le contexte ayant favorisé l'émergence de la Coopérative de solidarité SABSA ». Pour y parvenir, cette étude compare des résultats obtenus par la recension des écrits au cas choisi à l'aide de niveaux d'analyse délimités (microsocial, mésosocial, macrosocial), et ce, sans perdre de vue le cas dans sa globalité et le contexte qui l'entoure (Yin, 2009). Cette comparaison est également réalisée dans la perspective de l'affinement analytique (Tsoukas, 2009), soit d'affiner les connaissances sur les contextes d'émergence à l'aide de ce cas unique. Ajoutons que ce chapitre utilisera le cadre conceptuel des SSP (PAHO/WHO, 2007, 2009) ainsi que la théorie de l'action collective (Olson, 1971) et celle de la justice sociale (Rawls, 1971) vues au chapitre 1 afin d'apporter un éclairage complémentaire à notre objet d'intérêt. Enfin, des spécifications propres au contexte québécois dans lequel s'inscrit SABSA seront introduites (ou réintroduites) tout au long de ce chapitre.

5.1 Bref retour sur le cas de SABSA et le cadre conceptuel

Comme en a fait part le chapitre des résultats, tous les éléments du cadre conceptuel, sur les plans macrosocial, mésosocial et microsociale, sont, à des degrés d'importance variables, identifiables dans le cas de la Coopérative de solidarité SABSA. Les données issues de cette étude de cas unique éclairent surtout des contextes d'émergence qui relèvent de la sphère microsociale tandis que les contextes mésosociaux et macrosociaux sont moins, voire peu approfondis. Cela peut s'expliquer du fait que les membres fondateurs sont des intervenants de terrain fortement ancrés dans l'action locale et qu'ils n'étaient en outre pas préparés à cette question (les participants ont reçu le schéma d'entrevue avant celle-ci, sans plus). Mieux les préparer plus particulièrement en regard du sujet des contextes socioéconomiques et politiques aurait eu l'avantage de leur permettre de se remémorer les contextes de l'époque durant laquelle ils ont pensé et développé la coopérative et de réfléchir à leurs possibles impacts sur leur décision de créer une structure indépendante. Précisons également que ce cas n'aborde pas les processus supranationaux identifiés dans la recension des écrits, mais seulement les trois niveaux d'analyse précédemment délimités à la façon du modèle de Yin (2009).

En définitive, le cas de la Coopérative de solidarité SABSA confirme les composantes inscrites dans le cadre conceptuel élaboré à partir de la recension des écrits. Ce cas confirme également la présence d'une pluralité de contextes qui, simultanément, participe à l'émergence de ce type d'initiative.

5.2 Précisions relatives aux individus et leur expérience

5.2.1 Influence des caractéristiques et du parcours professionnel et personnel des membres fondateurs

Sans prétendre que le cas de SABSA représente la réalité d'autres coopératives en santé et services sociaux et de leurs fondateurs, cette étude brosse un portrait assez précis des caractéristiques et du parcours de personnes qui se sont mobilisées pour créer cette coopérative. Ce qui les caractérise et les expériences qu'ils ont vécues dans le réseau de la santé comme dans le réseau communautaire sont inextricablement liés à la fondation de la coopérative. Des individus présentant des caractéristiques identiques à celles des membres fondateurs de SABSA n'entreprendront toutefois pas le développement d'une structure indépendante si l'environnement dans lequel ils évoluent ne présente pas de lacunes, autrement dit, s'il n'y a pas de demande. Le cas de SABSA peut apporter un éclairage

supplémentaire sur les raisons qui poussent des personnes à « s'émanciper » du réseau de la santé et des services sociaux et à opter pour un type d'organisation plus qu'un autre.

Les membres fondateurs sont porteurs d'idéaux et de valeurs déjà évoqués précédemment (équité, solidarité, justice sociale, non-jugement, respect, honnêteté, dignité, écoute, engagement, etc.). Les facteurs relatifs au fonctionnement qui représentent ces « valeurs non quantifiables » font partie intégrante de l'organisation montée par la petite équipe. Le précédent chapitre a fait part du lien entre les caractéristiques partagées des membres fondateurs et la mise sur pied de la petite coopérative. Le partage de valeurs, conceptions, principes et idéaux explique l'alliance entre ces cinq personnes et la réussite du projet. De l'identité des membres fondateurs se démarquent l'attrait pour l'être humain et pour l'intervention sociale, le souci de l'autre, le sens de l'engagement, la proximité, la conception du prendre soin, les valeurs partagées et les idéaux de justice sociale et d'équité. Cette identité partagée contribue à la construction d'une identité collective qui teinte leurs actions en plus d'assurer la cohésion sociale du groupe. Dans le cas de SABSA, la cohésion sociale du groupe à l'origine de cette organisation a été essentielle à la conception du projet et à sa réalisation.

Ajoutons que les valeurs et les idéaux que portent les membres fondateurs entrent en conflit avec la façon dont les services sont organisés et offerts en milieu communautaire comme en milieu institutionnel. En tant qu'employés, les membres fondateurs doivent se plier à certaines formalités, façons de faire, processus et horaires. En regard des besoins des personnes en situation de vulnérabilité auprès de qui ils interviennent, plusieurs de ces contraintes leur semblent incohérentes, voire injustifiées. Encore, ces contraintes vont à l'encontre de leur conception de la façon dont les soins devraient être offerts et de ce qu'ils considèrent comme une structure organisationnelle efficiente. L'inconfort que les membres fondateurs ressentent face à ce désalignement entre les valeurs et idéaux qu'ils portent et la façon dont les services sont organisés et offerts les pousse d'abord à tenter de transformer les services à l'intérieur même des structures dans lesquelles ils œuvrent, puis à créer la Coopérative de solidarité SABSA. En cela, l'action qu'ils entreprennent, en créant cette structure indépendante, repose sur le respect de leurs convictions personnelles.

Les résultats de cette étude n'ont en outre pas révélé la présence de conflits internes entre les membres fondateurs lors de la conception ou la mise sur pied du projet, écartant la possibilité d'évaluer leur capacité à gérer ce type de conflit. Les résultats montrent plutôt que les membres fondateurs se

soutenaient lors de moments de découragement ou de périodes plus difficiles. L'entraide a permis aux membres fondateurs de surmonter les obstacles et de réaliser leur projet. Bien que la capacité à gérer les conflits pour préserver la cohésion sociale à l'intérieur de l'organisation n'ait pas été très approfondie lors des entrevues, ces derniers révèlent que SABSA constitue une organisation plutôt homogène, en cela qu'elle est formée de personnes partageant une approche, des valeurs, des principes et des idéaux similaires. La petitesse de l'équipe et son homogénéité contribuent certainement à la réussite du projet, entendu que ces facteurs facilitent leurs actions et l'atteinte de leurs objectifs (Olson, 1971), de même qu'à la préservation de la cohésion sociale au sein de l'organisation.

5.2.2 L'effet de la presque absence de facteurs dynamiques

Le cas de SABSA se distingue d'un schéma dit typique de l'éclosion d'une coopérative dans le champ de la santé et des services sociaux notamment en regard des appuis et du financement (ou plutôt de la presque absence d'appuis et de financement) lors de sa mise sur pied. Les facteurs dits « dynamiques » sont en effet plus ou moins présents dans la situation de SABSA.

Les membres fondateurs représentent eux-mêmes les acteurs externes à la situation qui ont pris conscience et qui ont exprimé et formulé un besoin. Les membres fondateurs n'ont pas bénéficié d'appuis de leaders locaux autres qu'eux-mêmes. Étant plutôt exclus par les organisations environnantes lors de la création de la coopérative, c'est à partir de 2014, lors de la mise sur pied de la clinique de proximité, que plusieurs organisations et acteurs viendront les appuyer. Entre temps, les appuis les plus significatifs pour les membres fondateurs se composent de trois organisations qui les ont épaulés dans le développement du modèle coopératif ou de façon symbolique, du soutien de leur entourage et des patients qu'ils accompagnaient ainsi que de l'entraide mutuelle des cinq membres fondateurs.

De plus, la possibilité de financement et de soutien technique ainsi que la capacité à les mobiliser a consisté en un moindre obstacle à la mise sur pied du projet dessiné par les membres fondateurs de SABSA. Les résultats montrent en effet que ces derniers refusaient avant tout d'être soumis à l'attente et aux contraintes liées à l'obtention d'une subvention gouvernementale pour entreprendre leurs activités. Le temps de bénévolat réalisé au sein de l'organisation par ces acteurs, surtout pendant les

trois premières années de vie de SABSA, témoigne de ce refus et de leur sens de l'engagement envers la population auprès de qui ils s'investissent tout particulièrement en premier lieu. Rappelons que la petite équipe est allée chercher du soutien financier de compagnies pharmaceutiques pour le matériel requis par les soins infirmiers.

Les précisions subséquentes contribueront à mieux comprendre comment les caractéristiques des membres fondateurs et du groupe qu'ils forment concourent à l'émergence de la Coopérative et à son développement avec une moindre présence de facteurs dynamiques.

5.2.3 Le souci de l'autre et la proximité comme motivations transversales

Le souci de l'autre⁴² et la proximité teintent invariablement la conception du soin, les actions (dont la création d'une structure indépendante), la prise de décision et la mission des membres fondateurs. À titre d'illustration, le souci de l'autre est perceptible dans la priorité qu'ils accordent aux personnes auprès de qui ils interviennent, notamment auprès de ceux en situation de vulnérabilité de même que dans leur préoccupation manifeste pour mieux comprendre les personnes qu'ils rencontrent, pour offrir des services au bon moment, pour recevoir la personne dans son entièreté pour prendre en considération ses besoins prioritaires et l'entendre en l'impliquant dans les soins. Ce souci de l'autre est également observable dans leur choix d'opter pour un modèle qui incite à une participation collective à la gouverne afin que tous puissent être entendus et participer à la prise de décision et, plus largement, afin de favoriser une démocratie plus active au sein de la structure. Leur décision de ne pas opter pour un organisme communautaire est également teintée du souci de l'autre. Cette option est écartée par la petite équipe, car ils refusent de rivaliser pour l'obtention de subventions avec les

⁴² Au regard du discours des membres fondateurs et des caractéristiques du modèle qu'ils ont développé, le souci de l'autre paraît s'inscrire dans une éthique au sens entendu par les éthiques du *care*, soit une éthique qui se structure « [...] à travers des chaînes de vulnérabilités de différentes sortes : corporelles, mentales et sociales » (Brugère, 2008, p. 73). Les éthiques du *care* défendent une conception de l'individu comme un être social vulnérable porteur d'une capacité d'agir qui lui est propre et non d'un individu prestataire. Le souci des autres, dans la perspective des éthiques du *care*, « [...] se déploie dans des relations qui n'existent pas sans déploiement des sphères de l'affectivité et de l'imagination. Il ne s'agit pas de connaître les bons principes moraux mais de posséder de bonnes dispositions pour bien agir, ce qui suppose la capacité de percevoir correctement les besoins des individus et d'y répondre. Il ne saurait y avoir de réponse appropriée sans mobilisation des sentiments et de l'imagination qui, par des jeux d'association, rendent notre vie psychique plastique. Précisément l'éthique de la sollicitude suppose de la plasticité dans le rapport au monde. » (Brugère, 2008, pp. 74-75).

organismes communautaires du territoire déjà affectés par le sous-financement. Cette décision est également soutenue par leur aspiration à décatégoriser les services de façon à offrir des soins fondés sur une conception de la santé plus positive et holiste. En cela, leur vision s'apparente à ce que propose le cadre des systèmes de santé et des équipes axées sur les SSP (PAHO/WHO, 2007, 2009) (voir section 1.3 et annexe 1).

De même, la proximité se décline comme la conçoivent les membres fondateurs, c'est-à-dire une proximité physique nécessitant disponibilité et accessibilité des intervenants, une proximité dans la relation avec l'autre de même qu'avec sa réalité. Dans le cas de SABSA, la proximité est également perceptible dans les relations tissées avec les ressources locales pour favoriser la continuité des soins et des services requis, dans la préoccupation qu'ils accordent à la situation géographique des locaux de la clinique ainsi que dans l'accompagnement des personnes qui en ont besoin. Enfin, créer un lieu collégial demande également une forme de proximité, qu'on pourrait désigner « de contact » entre les différents intervenants, professionnels de la santé, organisations et citoyens. Cette collégialité s'applique en effet hors de la coopérative par les liens que l'équipe de SABSA entretient avec différents professionnels de la santé, intervenants et ressources du milieu de façon à travailler en interdisciplinarité vers une finalité commune, soit le mieux-être de la personne soignée.

5.2.4 L'indignation et la révolte à l'origine d'une transformation

Saisis par l'indignation devant les injustices auxquelles ils font face – services manquants, fragmentés, inadaptés ou incomplets pour des personnes en situation de vulnérabilité – sans avoir le pouvoir d'apporter les changements nécessaires au renversement de celles-ci ainsi que par les frustrations et le désabusement qu'ils ressentent devant l'incapacité des structures sociosanitaires de répondre de façon efficace aux besoins des plus vulnérables, les membres fondateurs de SABSA se révoltent au sens entendu par Albert Camus. Cette révolte, définie ici comme le fait de dire « non » à une situation injuste ou aberrante (forme de résistance) en vue de dire « oui » à une situation autre (Camus, 2013 [1951])⁴³, va ultimement se matérialiser en la Coopérative de solidarité SABSA.

⁴³ « Qu'est-ce qu'un homme révolté? Un homme qui dit non. Mais s'il refuse, il ne renonce pas : c'est aussi un homme qui dit oui, dès son premier mouvement » (Camus, 2013 [1951], p. 28).

Vécue de l'extérieur, la révolte naît du constat de l'injustice subie par autrui et implique à la fois de se soucier de l'autre et de s'identifier à sa destinée⁴⁴. « *Je me considère chanceuse dans la vie et il y en a de moins chanceux* » (E4_14). Les membres fondateurs conçoivent que la situation dans laquelle se trouvent les personnes les plus vulnérables qu'ils soignent pourrait être la leur s'ils étaient nés et avaient grandi dans un contexte différent. L'origine de leur révolte repose sur un constat : des personnes en situation de vulnérabilité n'ont pas accès à des services complets, adaptés et de qualité. Surajouté à ce constat, ils se trouvent dans l'impossibilité de développer, à l'intérieur des structures dans lesquelles ils évoluent comme professionnels, des services adaptés aux besoins de ces personnes alors qu'ils sont convaincus qu'ils ont raison de croire que ces gens sont en droit de recevoir ces services.

Ce constat est suivi d'une prise de position, le souci de la révolte étant de transformer. Et transformer implique d'agir (Camus, 2013 [1951]). Dans le cas des membres fondateurs, leur prise de position se concrétise par l'adoption d'une posture de défense des droits (*advocacy*) des personnes en situation de vulnérabilité auprès des organisations pour lesquelles ils travaillent. L'*advocacy* est ici comprise comme « [...] la capacité de repérer ce qui ne va pas sur le terrain et d'agir judicieusement dans les sphères du pouvoir, en vue d'interpeller les gouvernements, transformer des façons de faire... [...] » (Gilles Julien dans Roy et Desgroseilliers, 2016, p. 108). L'agir en vue de transformer prend d'abord corps en les tentatives que les membres fondateurs vont effectuer dans leurs milieux de travail pour développer des services complets, adaptés et de qualité afin d'améliorer les conditions de santé d'une population dite vulnérable. Ces tentatives se révélant infructueuses, la création d'une structure indépendante du réseau de la santé comme du réseau communautaire incarne une seconde forme de transformation.

⁴⁴ « La révolte naît du spectacle de la déraison, devant une condition injuste et incompréhensible. Mais son élan aveugle revendique l'ordre au milieu du chaos et l'unité au cœur même de ce qui fuit et disparaît. Elle crie, elle exige, elle veut que le scandale cesse et que se fixe enfin ce qui jusqu'ici s'écrivait sans trêve sur la mer. Son souci est de transformer » (Camus, 2013 [1951], p. 23).

5.3 Précisions relatives aux contextes socioéconomiques et politiques

5.3.1 Le contexte socioéconomique des quartiers Saint-Sauveur et Saint-Roch

Les caractéristiques du milieu dans lequel s'établit SABSA cadrent parfaitement avec celles d'un environnement favorable à l'éclosion de coopératives de santé et de services sociaux. Le milieu dans lequel émerge la Coopérative de solidarité est considéré comme un milieu défavorisé par les membres fondateurs de SABSA, mais également par la documentation disponible. Ces quartiers populaires, anciens faubourgs ouvriers de Québec, se retrouvent parmi les secteurs les plus défavorisés de la ville de Québec. Alors que les ouvriers s'installaient auparavant en Basse-Ville et que les plus fortunés résidaient en Haute-Ville, vivre en Basse-Ville demeure synonyme de pauvreté, d'itinérance et de problèmes sociaux (Laroche, 2006). Saint-Sauveur et Saint-Roch se retrouvent encore aujourd'hui dans une zone défavorisée aux dimensions grandissantes, et ce, malgré la revitalisation qui s'y est opérée dans les dernières années (surtout dans Saint-Roch) et une certaine *gentrification* qui laisse à penser que la situation s'améliore (Centre de Santé et Services sociaux de la Vieille-Capitale, 2011). L'indice de défavorisation matérielle et sociale Pampalon-Raymond⁴⁵, qui repose sur le lien manifeste entre les conditions de vie et la santé, confirme la situation de précarité dans laquelle se trouve un large pan de la population de ces deux quartiers (Centre de Santé et Services sociaux de la Vieille-Capitale, 2011)⁴⁶.

Bien que les citoyens des quartiers Saint-Sauveur et Saint-Roch soient sujets à vivre dans des conditions de vie plus précaires et qu'ils soient confrontés à des inégalités sociales de santé importantes et à un accès aux soins de santé problématique, les deux quartiers sont depuis longtemps source de nombreuses innovations sociales et communautaires. Ce constat est compatible avec la vision de la nécessité comme un catalyseur du développement d'initiatives collectives visant à combler une demande. De même que les membres fondateurs le faisaient remarquer, le plan directeur du

⁴⁵ L'indice de défavorisation comprend une composante matérielle, une composante sociale ainsi que des indicateurs additionnels. La composante matérielle se décline en trois indicateurs, soit la proportion de la population en emploi (%), la proportion de la population sans diplôme d'études secondaires (%) et le revenu moyen personnel (\$). Quant à la composante sociale, elle comprend la proportion de personnes vivant seules (%), la proportion de personnes séparées, divorcées ou veuves (%) et la proportion de familles monoparentales (%). Ces six indicateurs ont été retenus étant donné leur lien connu avec la santé et leur affinité avec les composantes sociales et matérielles (Centre de Santé et Services sociaux de la Vieille-Capitale, 2011).

⁴⁶ Cette référence fait part de l'analyse d'une cartographie datant de 2006. La dernière cartographie, réalisée en 2011, semble montrer une atténuation de la défavorisation matérielle et sociale dans les quartiers Saint-Sauveur et Saint-Roch. Toutefois, à notre connaissance, aucune analyse n'est encore disponible pour confirmer, quantifier et qualifier cette observation (http://www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/atlas/atlas/index.php?id_carte=1355).

quartier Saint-Sauveur (Ville de Québec, 2005) rapporte la présence remarquable d'organismes communautaires offrant des services variés selon les besoins de la population locale (immigrants, enfants, adolescents, femmes, personnes âgées). Selon ce plan directeur, « pour les habitants, la vie communautaire représente une particularité et une grande force » (p.69) alors qu'y réside un fort sentiment d'appartenance (Centre de Santé et Services sociaux de la Vieille-Capitale, 2011; Ville de Québec, 2005). Le plan directeur du quartier Saint-Roch fait également part d'un esprit communautaire très développé parmi les résidents (Ville de Québec, 2007). Le fait que la Coopérative de solidarité SABSA se soit établie au carrefour de quartiers où se perpétue une longue tradition d'innovations sociales et communautaires ne relève donc pas du hasard (Roy, Duhoux, Contandriopoulos, Mattmann et Laroche, 2016).

Jusqu'à récemment, un CLSC et un GMF (la clinique St-Vallier) couvraient les besoins de services de première ligne des citoyens de la Basse-Ville de Québec. En plus de la Coopérative de solidarité SABSA, d'autres initiatives en vue le jour dans les dernières années, laissant penser que le milieu s'organise peu à peu pour répondre aux besoins de santé des citoyens de la Basse-Ville de Québec. Une clinique itinérante, la clinique SPOT, a depuis été fondée en 2014. Elle a une double mission, soit de rendre accessible des soins et de services sociaux de première ligne à des populations vulnérables (populations en situation d'itinérance, de marginalité, de désaffiliation, de fracture sociale) et d'exposer des étudiants provenant de différentes disciplines des sciences de la santé à des réalités sociales et communautaires (Contandriopoulos et al., 2017, p. 4). Une autre clinique, La clinique ProActive Santé a ouvert ses portes en 2015, récupérant le service de sans rendez-vous du GMF St-Vallier (Gruson, 2015) et prenant la forme d'une super-clinique en 2017 (Genest, 2017). Pour ce qui est de la clinique St-Vallier, un projet-pilote en interdisciplinarité a été développé en 2017 de façon à prendre en charge davantage de patients et à assurer la poursuite des activités de cette clinique menacée de fermeture faute de relève médicale (MSSS, 2017a).

5.3.2 Les contextes socioéconomiques et politiques

Les contextes socioéconomiques et politiques discutés ici concernent les politiques d'austérité et le mode de gouvernance qui sont susceptibles d'avoir favorisé l'éclosion d'un projet comme SABSA.

Certains membres fondateurs évoquent des coupes budgétaires par le gouvernement fédéral et le gouvernement provincial dans les années précédant et suivant la création de la coopérative. Ces coupes ont représenté pour les membres fondateurs une raison supplémentaire de ne pas créer un organisme communautaire. Un contexte d'austérité est évoqué par certains participants qui y voient des conséquences dommageables pour les subventions octroyées aux organismes communautaires déjà sur la corde raide en matière de financement. Selon Vaillancourt (2017), deux conditions définissent la présence de l'austérité : l'atteinte de l'équilibre budgétaire (déficit zéro) comme priorité et l'absence d'intérêt pour le dialogue social avec la société civile (ou absence de co-construction de politiques publiques). Cette dernière composante est souvent accompagnée d'une démocratie descendante (de type *top-down*). Au vu de cette définition, depuis 2003, il y a rupture du dialogue social entre le gouvernement provincial et la société civile avec un bref effort du Parti québécois pour rétablir ce dialogue en 2012. Entre 2003 et 2014, la poursuite de l'équilibre budgétaire reste une préoccupation importante au sein du gouvernement provincial sans devenir une obsession. C'est donc seulement à partir de 2014, lors de l'arrivée au pouvoir du Parti libéral du Québec, dirigé par Philippe Couillard, que le Québec entre véritablement dans une ère d'austérité, à savoir à partir du moment où le déficit zéro devient une obsession aux yeux du gouvernement et que, de ce fait, les coupes budgétaires s'intensifient. Pour ce qui est du Canada, les politiques d'austérité ont été mises en place sous le gouvernement fédéral de Harper pendant une décennie, soit entre 2006 et 2015 (Vaillancourt, 2017).

Quant aux organismes communautaires, ils sont confrontés à un financement insuffisant pour combler les besoins qu'ils identifient alors que l'État s'appuie de plus en plus sur ceux-ci pour combler les besoins sociaux émergents. Les organismes communautaires font également face à des contraintes légales et institutionnelles croissantes. Ce contexte mine l'autonomie des organismes communautaires et leur possibilité d'offrir des ressources complètes (Depelteau, 2013).

Ce bref portrait des coupes budgétaires et de leurs effets reste succinct et incomplet. Cette pratique est indissociable d'un contexte historique vaste comprenant nombre d'événements aux retombées complexes (ex. crise économique de 2008).

Dans un autre ordre d'idées, alors que plusieurs aspirent à une démocratisation des soins et à un renforcement des soins primaires orientés notamment vers la promotion de la santé et la prévention

des maladies, appuyés par des lignes directrices d'organisations internationales (CSDH, 2008; PAHO/WHO, 2007), la dernière réforme mise en place par le ministère de la Santé et des Services sociaux semblent faire fi de ces recommandations. Cette réforme paraît s'inscrire dans le contexte d'austérité actuel, signe que les conditions en santé et services sociaux sont propices à des processus de privatisation. Rappelons que les mesures d'austérité entreprises par les gouvernements font partie des vecteurs principaux de la privatisation du financement, de l'administration ou de la prestation des soins de santé (aux côtés des chocs politiques et des crises économiques) (André et al., 2016).

La Loi 10 (Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales) (Assemblée Nationale, 2015) repose sur un objectif tout à fait louable, soit de « favoriser et de simplifier l'accès aux services pour la population, de contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et d'accroître l'efficacité et l'efficacités de ce réseau ». Or, les fusions administratives, la réduction du nombre de conseils d'administration conséquente, la suppression de l'autonomie des CLSC sur le plan de la gouvernance et de leur ancrage communautaire de même que la centralisation des pouvoirs qu'elle induit va à l'encontre d'une plus grande démocratisation des soins et d'une réponse adaptée aux besoins locaux. En outre, cette Loi témoigne de la maigre préoccupation de l'administration de l'état envers la promotion de la santé et l'éducation de la santé (Vonarx et Desgroseilliers, 2016) de même que pour les déterminants sociaux de la santé (Vaillancourt, 2017). Au regard de ce court constat, comme plusieurs systèmes de santé (OMS, 2008), la direction qu'a pris la dernière réforme du système de santé et de services sociaux québécois semble aller à l'encontre des SSP et ne favoriser ni l'équité et la justice sociale ni l'efficacité, ce qui peut constituer un terrain fertile pour l'émergence d'initiatives privées comme les coopératives.

5.4 Précisions relatives à la réponse institutionnelle

Pour ce qui est des éléments relevant des institutions, le cas de la Coopérative de solidarité SABSA révèle plusieurs lacunes, tant dans le réseau de la santé que dans les organismes communautaires. Bien que l'expérience partagée par les membres fondateurs de SABSA soit limitée aux organisations dans lesquelles ils ont travaillé, leurs constats font écho à des critiques déjà soulevées précédemment.

Le discours de membres fondateurs de SABSA apporte en outre un éclairage plus concret sur la façon dont l'organisation des milieux peut entraver le développement d'une offre de soins dynamique,

innovante et collégiale. Ce faisant, ces lacunes organisationnelles favoriseraient l'émergence d'initiatives privées.

Le cas de la Coopérative de solidarité SABSA expose l'impossibilité d'innover à l'intérieur des structures dans lesquelles les fondateurs ont travaillé. On entend par « innover », l'adaptation des services aux besoins ressentis ou l'adoption de nouvelles orientations afin d'offrir des services à un pan de la population peu ou non rejoint par l'offre existante (Richez-Battesti, Petrella et Vallade, 2012). L'innovation est caractérisée par « [...] un processus continu de changement et d'apprentissage et par un résultat » (Richez-Battesti et al., 2012, p. 28). Elle implique une nouveauté, une application ainsi qu'un avantage attendu (Länsisalmi, Kivimäki, Aalto et Ruoranen, 2006). Les freins à l'innovation dans les structures actuelles semblent faire obstacle au développement de services fondés sur une approche holiste prenant en considération d'intégralité des besoins de l'individu, mais également au développement de services tout simplement manquants, dont le besoin a été constaté sur le territoire desservi. Ces freins à l'innovation semblent tirer leur origine tant dans l'organisation des services que dans le financement notamment pour ce qui est des organismes communautaires. En effet, ces derniers, faute de financement nécessaire pour développer des projets innovants, remettent à « plus tard » les projets proposés.

Par ailleurs, le climat dans les milieux communautaires éprouvés par le manque de financement, la compétition pour son obtention et les conditions de travail inférieures à celles des employés du réseau, l'impossibilité d'être entendu par les instances et de participer aux décisions concernant l'organisation et la prestation des services, participent à la création d'un environnement impropre à la collégialité. Dans le réseau de la santé, le manque d'espace à la parole et au partage d'expertise mine également la possibilité d'évoluer dans un environnement collégial et de contribuer à améliorer les pratiques.

Pour clore le tout, l'expérience positive et négative que les membres fondateurs de SABSA ont acquise au sein des structures de santé et des organismes communautaires a servi de socle pour dessiner le projet souhaité. Les membres fondateurs ont conservé la rigueur du réseau de la santé et la flexibilité, la souplesse du communautaire, et se sont débarrassés des éléments inconvenants : la catégorisation des problématiques ou des personnes, la désorganisation, le manque de pouvoir réel de décision, l'inadaptation, la fragmentation et l'incomplétude des services, la lourdeur processuelle ainsi que les luttes pour les subventions et le climat conflictuel qu'il engendre.

5.5 La Coopérative de solidarité SABSA : un révélateur des lacunes du système de santé québécois

En regard du dessein vers lequel tendent les membres fondateurs en créant une coopérative de solidarité et les moyens qu'ils ont entrepris pour y parvenir, on peut avancer que SABSA révèle nombre d'incongruités dans l'organisation et la prestation des soins et des services de santé. En ce sens, l'émergence de SABSA met en évidence des lacunes essentiellement organisationnelles d'un système de santé public. Comme d'autres coopératives de santé miroitent des défauts d'accès ou de qualité des services par leur seule émergence ou leur raison d'être, la simple création de SABSA révèle les faiblesses d'un système, et ce, surtout envers les populations en situation de vulnérabilité.

Ces faiblesses, relayées par les membres fondateurs de SABSA, résident avant tout dans le manque de dynamisme des structures, d'espace pour l'innovation et pour la parole des intervenants comme des citoyens en vue d'une prise de décision collective quant à l'organisation et la prestation des services. Ce manque semble ici avoir des impacts importants sur les services offerts, leur qualité et leur accessibilité pour la communauté. Ces impacts affectent également les professionnels et intervenants qui se retrouvent dans une impasse lorsqu'ils détectent des besoins et qu'ils cherchent à y répondre. L'origine de cette structure indépendante repose ainsi sur l'incapacité des structures dans lesquels les membres fondateurs évoluaient à assurer le dynamisme, l'espace pour l'innovation et la participation collective à la gouverne nécessaires pour offrir des services de santé et des services sociaux complets, de qualité et adaptés pour une population en situation de vulnérabilité.

En cela, l'émergence de la Coopérative de solidarité SABSA rappelle l'importance de reconnaître et d'encourager les innovations, de mettre en place ou de conserver des dispositifs favorisant la participation collective à la gouverne et de réactiver le dynamisme autrefois présent dans des structures comme les CLSC dans leur forme originelle (Vaillancourt, 2017). L'émergence d'initiatives comme SABSA rappelle aussi la nécessité, mais le défi aussi que représentent la création de lieux dynamiques propices à l'innovation et à la participation pour le système de santé et de services sociaux actuel et, plus largement, l'adoption des soins de santé primaires par les systèmes de santé en vue de l'objectif d'une meilleure santé pour tous.

Par ailleurs, SABSA expose une réalité locale en créant cette coopérative et en développant une clinique de proximité, réalité devenue visible notamment en raison de la prise de paroles par plusieurs

acteurs et de la publication d'articles par des médias locaux et provinciaux⁴⁷, du soutien de plusieurs acteurs et groupes (chercheurs, FIQ, partis de l'opposition, acteurs du milieu communautaire et de la santé, etc.) pour sa pérennité et des résultats positifs de la recherche menée par l'équipe ESPI qui ont pu soutenir scientifiquement cette innovation. Tout en restant très prudent sur l'effet qu'un seul cas comme celui-ci peut avoir sur l'évolution du système de santé et de services sociaux québécois, l'appui et l'intérêt qu'il a suscité auprès de groupes de professionnels ou de citoyens met en lumière la persistance de besoins insatisfaits par les ressources en place et un certain engouement pour ce type d'initiatives et des caractéristiques qu'il revêt.

Enfin, sachant que des dizaines de coopératives de santé et des dizaines de cliniques médicales ou de soins infirmiers privées sont apparues dans les dernières années, on peut estimer que les lacunes observées par les membres fondateurs ne sont pas propres aux milieux dans lesquels ils ont évolué. Le choix du modèle repose ensuite sur les valeurs, les idéaux, les principes et les motivations intrinsèques des acteurs.

5.6 Réflexion sur le choix du modèle et son instrumentalisation

Les membres fondateurs, en créant la Coopérative de solidarité, désiraient avant tout soigner des personnes en situation de grande vulnérabilité dans leur entièreté.

Le modèle coopératif représentait une solution tierce pour la petite équipe, faute d'avoir la possibilité de proposer et de mettre en œuvre des moyens pour améliorer les services dans les structures actuelles. Les membres fondateurs se sont orientés vers ce modèle puisque les changements qu'ils désiraient apporter dans les organisations où ils travaillaient n'étaient pas entendus ou réalisables. Créer un organisme communautaire représentait une option inenvisageable pour les raisons susmentionnées. La forme légale adoptée n'est toutefois pas totalement anodine. Les membres fondateurs ont choisi un modèle porteur d'idéaux, de valeurs et de principes qui leur sont chers. Ceux-

⁴⁷ Plus d'une centaine d'articles de presse sont publiés entre juin 2014 et septembre 2016 sur la Coopérative de solidarité SABSA, notamment par Le Devoir, Le Journal de Québec, Radio-Canada et Le Soleil. Les événements les plus couverts sont l'ouverture de la clinique de proximité et le financement de la FIQ, la précarité financière de la clinique de proximité, les démarches avec le ministère de la Santé et des Services sociaux, la couverture des conférences de presse du 22 mars et du 28 avril 2016 et des réactions qui en ont découlé, la campagne de sociofinancement et l'entente de partenariat avec le CIUSSS.

ci ne sont par contre pas l'apanage du modèle coopératif. Comme vu précédemment, le cadre développé par l'OPS et l'OMS pour des systèmes de santé axés sur les soins de santé primaires (voir section 1.3 et annexe 1) proposent des valeurs et des principes apparentés à ceux du modèle coopératif. Le système public de santé canadien s'appuie également sur des valeurs de solidarité, d'équité et de justice. Encore, ces principes et ces valeurs cadrent parfaitement avec les lignes directrices pour des soins de première ligne efficaces. Ces valeurs et principes semblent donc former le socle d'un projet collectif comme d'un projet sociétal.

Les membres fondateurs de SABSA mobilisent le modèle coopératif d'abord pour innover. Cette innovation prend la forme d'une offre des services jusque-là manquants, inadaptés, incomplets ou fragmentés. Les membres fondateurs se servent également de ce modèle pour impliquer l'ensemble des personnes concernées par l'offre de soins dans la prise de décisions relatives aux services et à leur organisation. En cela, la coopérative représente un outil qui permet aux membres fondateurs d'offrir des services complets, accessibles et de qualité à une population, dans un cadre collégial. En la coopérative, les membres fondateurs ont trouvé un moyen pour contourner un obstacle dans le dessein de soigner.

Les caractéristiques qu'ils ont mises en place par le biais du modèle coopératif pourraient être mobilisées dans n'importe quel autre modèle. Toutefois, le modèle coopératif, par ses origines et ses fondements, incite naturellement à répondre à des besoins reconnus, mais insatisfaits ainsi qu'à une gestion démocratique.

5.7 Réflexion sur la place des coopératives dans le système de santé québécois

L'émergence des coopératives dans le domaine de la santé au Québec mène inmanquablement à la question de la place de ce modèle dans le système de santé et de services sociaux québécois. S'il y a un espace légal pour les coopératives dans le domaine de la santé au Québec, cet espace ne fait pas l'unanimité, notamment parce qu'il ne cadre pas avec les principes du système de santé québécois, comme toute autre entreprise privée à but lucratif ou non. Comme plusieurs, nous soulevons la question suivante : pourquoi investir financièrement dans un lieu pour sa santé lorsqu'on vit dans une province où le système de santé repose principalement sur la fiscalité générale, favorisant

une répartition sociétale du risque plus équitable? De plus, pourquoi laisser tout bonnement croître des entreprises privées offrant des soins primaires dans un système de santé public? Leur prolifération dans le paysage québécois marque des manques locaux à combler, mais également des problématiques systémiques. Cette prolifération et, plus largement, la prolifération des entreprises privées en santé au Québec et ses effets nécessiteraient d'être étudiées de façon approfondie.

Bien que l'accès aux services de certaines coopératives, à l'image de SABSA, soit gratuit et que les coopératives de santé se trouvent dans l'obligation de traiter les demandes de rendez-vous des membres et des non-membres impartialement (Brassard et Darou, 2012), plusieurs d'entre elles vendent des services, demandent des cotisations ou des parts sociales pour assurer leur pérennité (Giroux, 2008; Hébert et Prémont, 2010). Payer des frais pour des soins nécessaires (que ce soit annuel, à la visite, etc.) ne constitue pas un moyen souhaitable pour l'amélioration de la santé pour tous. De même, ces stratégies de financement se dressent en contradiction avec la couverture et l'accessibilité universelle qui forme le socle d'un système de santé équitable (PAHO/WHO, 2007) ainsi qu'avec les valeurs de justice, de solidarité et d'égalité (Romanow, 2002) qui le sous-tendent. Bien que le modèle coopératif porte ces mêmes valeurs souhaitables pour la dispensation de soins de santé efficaces, sa présence semble paradoxale devant le projet sociétal qu'est la prise en charge des soins de santé par l'État et d'un financement collectif en vue de l'équité et de la justice sociale. Les projets coopératifs semblent alors pertinents comme projet collectif local lorsqu'aucun projet collectif sociétal, comme un système de santé public, n'existe ou, encore, que ce dernier présente des défaillances importantes.

Considérant ces fondements, le raisonnement qui en découle et les résultats de cette étude, nous estimons que s'il y a une place pour les coopératives de santé dans le paysage québécois actuel, c'est comme outil d'innovation et comme mesure incitative à la participation collective à la gouverne. Et cela, dans les conditions d'exercices des coopératives dans le champ de la santé recensées précédemment (voir Chapitre 2, section 2.1.4.3 ou section 2.5, Tableau 1). Le cas de la Coopérative de solidarité SABSA confirme qu'il est possible de créer un espace pour l'innovation et la participation collective à la gouverne à l'intérieur d'une structure efficace et dynamique. En cela, cette organisation constitue un exemple concret de la façon dont cet espace peut être réalisé, chose qui pourrait être reproduite dans d'autres structures offrant des services de santé de première ligne. Dans cette perspective, la

structure coopérative ne relève pas d'une nécessité pour le développement d'espace pour l'innovation et la participation collective à la gouverne. Cet espace pourrait se retrouver dans n'importe quelle structure, comme il l'a auparavant été dans les cliniques communautaires de Montréal, puis, dans les CLSC.

Enfin, l'émergence des coopératives en santé, en traduisant les faiblesses d'un système de santé public qui peine à favoriser l'accessibilité des services de première ligne, peut contribuer au débat sociétal sur le système actuel. Le cas plus particulier de SABSA vient lui-même contribuer à ce débat, de par la démonstration de son efficacité et de sa pertinence ainsi que par la prise de parole précédemment évoquée en faveur de sa pérennité. En prouvant sa capacité à répondre à des besoins non comblés par les structures de première ligne, à l'intérieur d'une structure souple et collégiale par une équipe essentiellement composée d'infirmières travaillant en interdisciplinarité, SABSA soulève une critique légitime et constructive de la façon dont les services sont offerts actuellement et offre des pistes de solution pour remédier aux lacunes observées.

Conclusion

L'éclosion de la Coopérative de solidarité SABSA témoigne de l'aboutissement de la somme et de l'enchevêtrement de contextes évoluant à différents niveaux. Cette étude contribue à faire état de la complexité du phénomène que représente l'émergence de coopératives en santé et services sociaux. Elle apporte également un éclairage sur un cas précis et enrichit les connaissances existantes sur ce phénomène.

Le cas de la Coopérative de solidarité SABSA vient appuyer la présence de multiples contextes microsociaux, mésosociaux et macrosociaux répertoriés dans le cadre conceptuel développé à partir de la recension des écrits sur le sujet. Le cas singulier de SABSA montre, par contre, que la présence de facteurs dynamiques n'est pas indispensable à la mise sur pied d'une telle initiative si les fondateurs sont aptes à reconnaître le besoin et à l'exprimer par eux-mêmes et qu'ils sont profondément engagés et motivés dans la poursuite du projet et sa finalité.

Ce cas, à travers la voix de ses membres fondateurs, permet également d'apporter des précisions relatives aux individus qui portent ce type de projet ainsi qu'aux contextes socioéconomiques et politiques et à la réponse institutionnelle propres à la situation du Québec. Ces contextes influencent de différentes façons l'émergence d'initiatives privées. Les caractéristiques des membres fondateurs (idéaux, valeurs, principes, expériences, etc.) et leur parcours sont inextricablement liés à la transformation qu'ils opèrent en la création de la Coopérative de solidarité SABSA. L'environnement dans lequel ils progressent en tant que professionnels de la santé ou travailleurs sociaux, de par ses lacunes, constitue un terreau fertile à l'émergence d'initiatives privées prenant dans certaines conditions la forme coopérative. Cette étude permet de constater l'ampleur du rôle d'un petit groupe et de ce qui fait sa singularité sur l'émergence d'une structure indépendante d'une telle portée.

En plus d'apporter des précisions sur le contexte favorisant l'émergence d'initiatives coopératives en santé et services sociaux, le cas de la Coopérative de solidarité SABSA alimente les réflexions sur la façon d'améliorer l'organisation et la prestation des soins de santé et des services sociaux. Plus largement, ce cas porte également à réfléchir sur les caractéristiques des modèles et des équipes de soins primaires qui en font une offre de soins de santé qui tend vers l'amélioration de la santé pour tous. La solidarité, l'équité et la justice sociale qui soutiennent le projet des soins de santé primaires

comme celui des coopératives (d'envergure locale) ou du système de santé canadien et québécois (d'envergure sociétale) font état de fondements sous-tendant une idée de la santé qui s'oppose à sa marchandisation.

Enfin, la Coopérative de solidarité SABSA peut être considérée comme une initiative inspirante de par son mode d'organisation (espace pour l'innovation et la participation collective à la gouverne), la capacité de son équipe à prendre la parole pour défendre les services qu'elle offre ainsi que sa façon d'intervenir aux bénéfices des personnes soignées et de la communauté.

Références

- AIPSQ. (2015). Infirmières praticiennes spécialisées au Québec. Récupéré sur le site: <http://aipsq.com/association-des-infirmieres-praticiennes-specialisees-du-quebec/historique/au-quebec>
- Albreht, T. (2009). Privatization processes in health care in Europe—a move in the right direction, a 'trendy' option, or a step back? *The European Journal of Public Health*, 19(5), 448-450. doi:10.1093/eurpub/ckp146
- Alliance coopérative internationale. (1995). Déclaration sur l'Identité Coopérative Internationale. Récupéré sur le site: http://www.entreprises.coop/images/documents/principes_aci_1995.pdf
- Alliance coopérative internationale. (2017). Qu'est-ce qu'une coopérative? Valeurs coopératives. Principes coopératifs. Récupéré sur le site: <https://ica.coop/fr/node/10584>
- Amar, M. et Dussault, J. (2012). *L'offre de soins et de services de première ligne à Québec : les médecins de famille sonnent l'alarme! Rapport qualitatif*. Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale. Récupéré sur le site: http://www.csssvc.qc.ca/publications/index.php?mode=aff&id_sousThemes=8
- Anadón, M. et Guillemette, F. (2007). La recherche qualitative est-elle nécessairement inductive? . *Recherches qualitatives. Collection hors séries "Les actes"*, 5, 26-37.
- André, C., Batifoulier, P. et Jansen-Ferreira, M. (2016). Health care privatization processes in Europe: Theoretical justifications and empirical classification. *International Social Security Review*, 69(1), 3-23. doi:10.1111/issr.12092
- Arteau, M., Brassard, M.-J. et Malo, M.-C. (2006). Les secteurs et le mouvement coopératif québécois : portrait et défis. *Cahiers du CRISES - Collection Études théoriques - no ET0602*.
- Assemblée Nationale. (2015). *Projet de loi no 10. Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*. Québec. Récupéré sur le site: <http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=5&file=2015C1F.PDF>
- Bardelli-Jean, M. (2015). *Le renouveau démocratique à l'essai: le cas de la Coopérative de santé Villeray*. (mémoire de maîtrise, Université du Québec à Montréal, Montréal). Récupéré de

Thèses Canada: <http://www.collectionscanada.gc.ca/obj/thesescanada/vol2/QMUQ/TC-QMUQ-7984.pdf>

Béland, C. (2006). Prologue. "L'État n'a d'autres mains que les nôtres". Dans J.-P. Girard (Ed.), *Notre système de santé, autrement. L'engagement citoyen par les coopératives* (Éditions BLG ed.). Montréal, Canada.

Boucher, D., Kruzynski, A. et Drolet, I. (2006). *Pointe Saint-Charles : un quartier, des femmes, une histoire communautaire*. Montréal: Éditions du remue-ménage.

Boulianne, M., Fraisse, L. et Ortiz, H. (2003). L'espérance économie solidaire a principes économie solidaire et mondialisation. *Revue du MAUSS*, 21(1), 47. doi:10.3917/rdm.021.0047

Bourque, D. (1988). La mise au pas tranquille des CLSC. *Nouvelles pratiques sociales*, 1(1), 43-58. doi:10.7202/301004ar

Brassard, M.-J. et Darou, J. (2012). *Portrait des coopératives de santé au Québec : des pouvoirs à partager*. Cahiers de l'ARUC-DTC. Récupéré sur le site: http://fcsdsq.coop/sites/fcsdsq.coop/files/portrait_coops_de_sante_2012.pdf

Brassard, M.-J., LeBlanc, P. et Étienne, O. (2009). Les coopératives de santé au Québec: Du consommateur à l'acteur! *Recherche. Cahiers de l'ARUC-Développement territorial et coopération*, 5, 46.

Brasseur, G. et Murray, E. (2013). *Étude de cas : fonctionnement, avantages et intégration au système de santé québécois de la Coopérative de solidarité de santé de la MRC Robert-Cliche*. (mémoire de maîtrise, Université de Sherbrooke). Récupéré de Université de Sherbrooke: <https://www.usherbrooke.ca/irecus/fileadmin/sites/irecus/documents/essais/BrasseurMurray-EtudededeCas-CoperativedeSante.pdf>

Brugère, F. (2008). *Le sexe de la sollicitude*. Paris: Seuil.

Camus, A. (2013 [1951]). *L'homme révolté*. Paris: Gallimard.

Canada et Lalonde, M. (1974). *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens: un document de travail*. Ottawa: Le Ministère.

Centre de Santé et Services sociaux de la Vieille-Capitale. (2011). *Du territoire aux communautés locales. Portrait de défavorisation du territoire du Centre de Santé et Services sociaux de la*

Vieille-Capitale. Québec. Récupéré sur le site:
<http://www.csssvc.qc.ca/telechargement.php?id=874>

Chouinard, O. et Fairbairn, B. (2002). L'économie sociale au Canada hors Québec : la tradition coopérative et le développement économique communautaire. *Économie et Solidarités*, 33(1), 51-56.

Comeau, Y. et Girard, J.-P. (1996). *Les coopératives de santé dans le monde: une pratique préventive et éducative de la santé*. Chaire de coopération Guy-Bernier - UQAM, Québec. Récupéré sur le site: <https://chaire-ccgb.uqam.ca/upload/files/74.pdf>

Comeau, Y. et Girard, J.-P. (2005). Économie sociale et santé : une présence méconnue, des innovations à découvrir. *Économie et Solidarités*, 36(2), 12.

Contandriopoulos, D. et Brousselle, A. (2010). Reliable in their failure: An analysis of healthcare reform policies in public systems. *Health Policy*, 95, 144-152. doi:10.1016/j.healthpol.2009.11.018

Contandriopoulos, D., Duhoux, A., Perroux, M., Lachapelle, K., Laroche, D. et Lardeux, A. (2017). *Clinique communautaire de santé et d'enseignement SPOT, Descriptif de milieu*. Projet de recherche ESPI. Montréal. Récupéré sur le site: <http://cliniquespot.org/>

Contandriopoulos, D., Duhoux, A., Perroux, M., Roy, B., Cockenpot, A., Labarthe, J., . . . Lachapelle, K. (2015). *La Coopérative de solidarité SABSA, Rapport préliminaire*. Projet de recherche ESPI. Montréal.

Contandriopoulos, D., Duhoux, A., Roy, B., Amar, M., Bonin, J.-P., Borges Da Silva, R., . . . Cockenpot, A. (2015). Integrated Primary Care Teams (IPCT) pilot project in Quebec: a protocol paper. *BMJ Open*, 5(12). doi:10.1136/bmjopen-2015-010559

Coopérative de solidarité SABSA. (2017a). Historique. Récupéré sur le site: <http://www.coop-sabsa.com/>

Coopérative de solidarité SABSA. (2017b). Membres. Récupéré sur le site: <http://www.coop-sabsa.com/>

Creswell, J. W. (2013). *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Approaches* (3^è éd.). Los Angeles: SAGE.

- Crismer, A., Belche, J.-L. et Van der Venet, J.-L. (2016). Les soins de santé primaires, plus que des soins de première ligne. *Santé Publique*, 28(3), 375-379. doi:10.3917/spub.163.0375
- CSBE. (2008). *Améliorer notre système de santé et de services sociaux. Une nouvelle approche pour en apprécier la performance. Document d'orientation*. Québec, Commissaire à la santé et au bien-être. Récupéré sur le site: http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2008/NouvelleApproche/CSBE_DocumentOrientation2008.pdf
- CSBE. (2015). *Perceptions et expériences des médecins de première ligne: le Québec comparé. Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2015*. Gouvernement du Québec. Récupéré sur le site: http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2015/CWF/CSBE_Rapport_CWF_2015.pdf
- CSBE. (2017). *La performance du système de santé et de services sociaux québécois 2016*. Gouvernement du Québec. Récupéré sur le site: http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2017/PerformanceGlobale/CSBE_RapportGlobal_2016_ACCESS.pdf
- CSDH. (2008). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*. Commission on Social Determinants of Health - final report. Genève, World Health Organization. Récupéré sur le site: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/
- Czech, S. (2016). Mancur Olson's Collective Action Theory 50 Years Later. A View from The Institutional Perspective. *Journal of International Studies*, 9(3), 114-123. doi:0.14254/2071-8330.2016/9-3/9
- Defourny, J. (1995). L'avenir des pratiques coopératives dans un monde en mutation. Dans M. T. Seguin (Ed.), *Pratiques coopératives et mutations sociales* (pp. 13-28). Paris, France: L'Harmattan.
- Defourny, J. et Develtere, P. (1999). Origines et contours de l'économie sociale au Nord et au Sud. Dans J. Defourny, P. Develtere, et B. Fonteneau (Eds.), *L'économie sociale au Nord et au Sud* (pp. 25-50). Bruxelles: De Boeck.
- Depelteau, J. (2013). *Enjeux liés au financement et à la gouvernance des organismes communautaires québécois*. Institut de recherche et d'informations socio-économiques. Montréal, Québec. Récupéré sur le site: <https://iris-recherche.qc.ca/publications/revue-litterature-communautaire>

- Deslauriers, J.-P. (2014). *Les groupes communautaires: vers un changement de paradigme?* Québec, Canada: Presses de l'Université Laval.
- Develtere, P. et Fonteneau, B. (2003). Mouvement social et économie sociale et solidaire : l'économie sociale, conçue au Nord, pertinente au Sud ? . *Économie et Solidarités, Hors série*, 30-52.
- Dubos, R. J. (1959). *Mirage of health; utopias, progress, and biological change*. (1ère ed.). New York: Harper.
- Duhoux, A., Contandriopoulos, D., Roy, B., Laroche, D. et Mattmann, S. (2016). *La Coopérative de solidarité SABSA. Rapport préliminaire Mise à jour – année 2015*. Projet de recherche ESPI. Montréal.
- FCSDSQ. (2017a). Coopératives de santé. Les missions d'une coopérative de santé. Récupéré sur le site: <http://fcsdsq.coop/cooperatives-de-sante>
- FCSDSQ. (2017b). Répertoire des coopératives. Coopératives de santé. Récupéré sur le site: <http://fcsdsq.coop/cooperatives-de-sante/repertoire>
- FCSDSQ. (2017c). Répertoire des coopératives. Coopératives de services à domicile. Récupéré sur le site: <http://fcsdsq.coop/services-a-domicile/repertoire>
- FCSDSQ. (2017d). Services à domicile. Récupéré sur le site: <http://fcsdsq.coop/services-a-domicile>
- FIQsanté. (2014). « Des soins à échelle humaine » – La FIQ innove avec de nouveaux modèles pour le système de santé québécois. *Communiqués*. Récupéré sur le site: <http://www.fiqsante.qc.ca/fr/contents/communiqués/des-soins-a-echelle-humaine-la-fiq-innove-avec-de-nouveaux-modeles-pour-le-systeme-de-sante-quebecois.html>
- FIQsanté. (2017). Clinique de proximité de Montréal aura pignon sur rue à Montréal-Nord sur la rue Lapierre. Récupéré sur le site: <http://www.fiqsante.qc.ca/2017/02/03/clinique-de-proximite-de-montreal-aura-pignon-sur-rue-a-montreal-nord-sur-la-rue-lapierre/>
- Gaumer, B. et Desrosiers, G. (2004). L'Histoire des CLSC au Québec: reflet des contradictions et des luttes à l'intérieur du Système. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 10(1), 52-70.
- Gauthier, J.-B. et St-Pierre, M. (2009). La faisabilité de projet d'intégration organisationnelle entre coopératives de santé et système public. *Économie et Solidarités*, 40(1-2), 84. doi:10.7202/1004054ar

- Genest, S. (2017, 24 août 2017). ProActive Santé à Saint-Roch devient la 3e super-clinique de Québec. *Monsaintroch.com: Le portail d'information locale du quartier Saint-Roch*. Récupéré sur le site: <http://monsaintroch.com/2017/proactive-sante-saint-roch-devient-3e-super-clinique-de-region-de-quebec/>
- Girard, J.-P. (2005). Le développement récent des coopératives dans le domaine sociosanitaire au Québec : une lecture. *Économie et Solidarités*, 36(2), 89-106.
- Girard, J.-P. (2006). *Notre système de santé, autrement : l'engagement citoyen par les coopératives*. Montréal: Éditions BLG.
- Girard, J.-P. (2014). *Better Health & Social Care. How are Co-ops & Mutuals Boosting Innovation & Access Worldwide? Volume 1: Report*. An international survey of co-ops and mutuals at work in the health and social care sector (CMHSC14). International Summit of Cooperatives. Quebec, LPS Productions. Récupéré sur le site: <http://www.icmif.org/news/sector-news-icmif-members-feature-international-report-healthcare-cooperatives-mutuals>
- Girard, J.-P., Bussière, G. et Larouche, C. (2007). *Les coopératives de santé dans le monde. Information de base et évolution des coopératives de services de santé et de services sociaux*. IRECUS, Université de Sherbrooke. Récupéré sur le site: <https://www.usherbrooke.ca/irecus/publications-irecus/autres-publications/coops-sante-monde/>
- Girard, J.-P. et Garon, I. (2000). *Les coopératives dans le domaine sociosanitaire au Québec: état de la situation*. Chaire de coopération Guy-Bernier - UQAM, Québec. Récupéré sur le site: <https://chaire-ccqb.uqam.ca/la-recherche/cahiers-de-recherche/11-cahiers-de-recherche/112-les-cooperatives-dans-le-domaine-sociosanitaire-au-quebec-etat-de-la-situation.html>
- Girard, J.-P. et Lamothe, L. (2004). *La contribution des coopératives de santé à l'offre de services de première ligne: liens avec le système public de santé et impacts socioéconomiques*. Le Secrétariat aux coopératives du gouvernement du Canada. Récupéré sur le site: http://productionslps.com/wp-content/uploads/2014/08/contribution_coops_sante_premiere_ligne.pdf
- Girard, J.-P. et Vézina, M. (2002). Les entreprises collectives dans le secteur de la santé : innovation institutionnelle et innovation organisationnelle. *Gestion*, 27(3), 44. doi:10.3917/rges.273.0044
- Giroux, M. E. (2008). Les enjeux et la place des coopératives et des OBNL dans le système de santé au Québec Vol. 21. *Série Recherches* (pp. 63). Université du Québec en Outaouais.

Granovetter, M. (1985). Economic Action and Social Structure: The Problem of Embeddedness. *American Journal of Sociology*, 91(3), 481-510. doi:10.1086/228311

Greenhalgh, T., Russell, J., Ashcroft, R. E. et Parsons, W. (2011). Why National eHealth Programs Need Dead Philosophers: Wittgensteinian Reflections on Policymakers' Reluctance to Learn from History. *The Milbank Quarterly*, 89(4), 533-563.

Groupe de travail sur l'économie sociale. (1996). *Osons la solidarité! Rapport du groupe de travail sur l'économie sociale*. Chantier de l'économie et de l'emploi. Montréal, Canada. Récupéré sur le site: <http://www.chantier.qc.ca/>

Gruson, P. (2015, 27 mars 2015). Transfert du sans rendez-vous de la clinique Saint-Vallier dans Saint-Roch. *Le Québec express*. Récupéré sur le site: <https://www.lequebecexpress.com/actualites/2015/3/27/transfert-du-sans-rendez-vous-de-la-clin-4092512.html>

Health Care Co-operatives Federation of Canada. (2016). Health Co-ops Around the World. Récupéré sur le site: <http://healthcoopscanada.coop/our-sector/health-coops-around-the-world/>

Hébert, R. et Prémont, M.-C. (2010). Les coopératives de santé: entre compétition commerciale et solidarité sociale. *Revue juridique Thémis*, 44(3), 273-323.

Hypolite, S.-R. (2013). *Comprendre et agir autrement pour viser l'équité en santé dans la région de la Capitale-Nationale*. Direction de santé publique du CIUSSS de la Capitale-Nationale. Récupéré sur le site: <http://www.ciussc-capitalenationale.gouv.qc.ca/comprendre-et-agir-autrement-pour-viser-lequite-en-sante-dans-la-region-de-la-capitale-nationale>

Illich, I. (1975). *Némésis médicale. L'expropriation de la santé*. Paris: Seuil.

Kurimoto, A. (2014). Access to Health Care Services through Cooperatives: Japanese Cases of Koseiren and Health Coops. Dans L. H. Ketilson et M.-P. R. Villettaz (Eds.), *Cooperatives' Power to Innovate: Texts Selected from the International Call for Papers (International Summit of Cooperatives ed., pp. 941-958)*. Lévis: Sommet international des coopératives.

Labonte, R. et Torgerson, R. (2005). Interrogating globalization, health and development: Towards a comprehensive framework for research, policy and political action. *Critical Public Health*, 15(2), 157-179. doi:10.1080/09581590500186117

Lafleur, M. et Merrien, A.-M. (2012). *Impact socio-économique des coopératives et des mutuelles. Quand le passé inspire le futur : contribution des coopératives et des mutuelles à un monde*

- meilleur*. Institut de recherche et d'éducation pour les coopératives et les mutuelles de l'Université de Sherbrooke (IRECUS), Sherbrooke, Canada. Récupéré sur le site: <http://irecus.recherche.usherbrooke.ca/recherche/recherches-et-etudes/sommet-2012/>
- Lamarche, P. (2011). Comment va le système de santé québécois ? *Vie économique*, 3(1), 1-8.
- Länsisalmi, H., Kivimäki, M., Aalto, P. et Ruoranen, R. (2006). Innovation in Healthcare: A Systematic Review of Recent Research. *Nursing Science Quarterly*, 19(1), 66-72. doi:10.1177/0894318405284129
- Larochelle, R. (2006). La pauvreté en mouvement. Le croissant défavorisé du centre-ville de Québec déborde maintenant sur d'anciennes banlieues. *Journal Le Fil*. Récupéré sur le site: <https://www.lefil.ulaval.ca/Au.fil.des.evenements/2006/01.26/pauvrete.html>
- Launay, F. (2016). "Quand la santé communautaire s'affranchit des mots du pouvoir pour apaiser les maux de la rue". Dans V. Desgroseilliers, N. Vonarx, A. Guichard, et B. Roy (Eds.), *La santé communautaire en 4 actes. Repères, acteurs, démarches et défis* (pp. 152-157). Québec: Presses de l'Université Laval.
- LégisQuébec. (2017). C-67.2 - Loi sur les coopératives. Récupéré sur le site: <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/C-67.2>
- Martin, A. (2008). Le paradigme coopératif inscrit dans une histoire. *Cahiers de l'IRECUS* (pp. 53). Université de Sherbrooke: Institut de recherche et d'éducation pour les coopératives et les mutuelles de l'Université de Sherbrooke.
- Martineau, S. (2007). L'éthique en recherche qualitative : quelques pistes de réflexion. *Recherches Qualitatives - Hors Série*(5), 70-81.
- Massé, R. et Saint-Arnaud, J. (2003). *Éthique et santé publique : enjeux, valeurs et normativité*. Québec: Presses de l'Université Laval.
- Miles, M. B. et Huberman, A. M. (1994). *Qualitative Data Analysis: An Expanded Sourcebook*. (2e ed.). Thousand Oaks; London; New Delhi: SAGE Publications.
- MQRP. (2013). *Pas de frais pour les patients - parce que payer de sa santé n'a rien d'accessoire*. Rapport annuel de Médecins québécois pour le régime public. Montréal, Canada. Récupéré sur le site: <http://mqrp.qc.ca/wp-content/uploads/2015/05/RapportMQRP2013.pdf>

MSSS. (2010). *Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants: Résultat d'une réflexion commune*. (2550592344). Ministère de la Santé et des Services sociaux. Québec, Canada. Récupéré sur le site: <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000761/>

MSSS. (2013). *Rapport du Groupe de travail sur les coopératives de santé*. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Québec, Canada. Récupéré sur le site: <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2013/13-720-01W.pdf>

MSSS. (2016). *Le système de santé et de services sociaux au Québec. En bref*. Gouvernement du Québec. Récupéré sur le site: <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000152/>

MSSS. (2017a). Le gouvernement du Québec annonce la mise sur pied du projet-pilote Archimède [Communiqué de presse]. Récupéré sur le site: http://www.msss.gouv.qc.ca/documentation/salle-de-presse/ficheCommunique.php?id=1298&utm_source=Courriel&utm_campaign=Communique-MSSS

MSSS. (2017b). Programme de financement et de soutien professionnel pour les groupes de médecine de famille (GMF). Récupéré sur le site: <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001527/>

Nations Unies. (1998). *L'entreprise coopérative dans les secteurs de la santé et des services sociaux. Une étude à l'échelle mondiale*. New-York, États-Unis: Nations Unies.

Nations Unies. (2012). 2012 - Année internationale des coopératives. Récupéré sur le site: <http://www.un.org/fr/events/coopsyear/>

Olson, M. (1971). *The logic of collective action : public goods and the theory of groups*. (Rev. ed ed.). Cambridge, Mass: Harvard University Press.

OMS. (1978). *Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires*. Organisation mondiale de la santé, Genève. Récupéré sur le site: http://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/

OMS. (1986). *Promotion de la santé : Charte d'Ottawa*. Organisation mondiale de la santé, Genève. Récupéré sur le site: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf

OMS. (1997). *Déclaration de Jakarta sur la Promotion de la Santé au XXIème Siècle*. Organisation mondiale de la santé, Genève. Récupéré sur le site:

http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_fr.pdf

OMS. (2008). *Rapport sur la santé dans le monde, 2008 : les soins de santé primaires - maintenant plus que jamais*. Récupéré sur le site: http://www.who.int/whr/2008/08_report_fr.pdf?ua=1

ONU. (2017). Objectifs du développement durable. Objectif 3 : Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge. Récupéré sur le site: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/health/>

PAHO/WHO. (2007). *Renewing Primary Health Care in the Americas: A Position Paper of the Pan American Health Organization/World Health Organization (PAHO/WHO)*. Pan American Health Organization. Washington, DC. Récupéré sur le site: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s19055en/s19055en.pdf>

PAHO/WHO. (2009). *Primary Health Care-Based Health Systems: Strategies for the Development of Primary Health Care Teams*. Pan American Health Organization. Washington, DC. Récupéré sur le site: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/PHC-Strategies-Development-PHC-Teams.pdf>

Paillé, P. (1994). L'analyse par théorisation ancrée. *Cahiers de recherche sociologique*, 23, 147-181. doi:10.7202/1002253ar

Parlement du Canada. (2008). Le rôle fédéral dans le domaine de la santé et des soins de santé. *Publication no 2008-58-F*. Récupéré sur le site: <http://www.bdp.parl.gc.ca/content/lop/researchpublications/prb0858-f.htm>

Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods*. (3rd ed ed.). Thousand Oaks, Calif: Sage Publications.

Plourde, A. (2013). Démocratisation des institutions et des pratiques en santé : l'exemple historique des cliniques populaires. *Nouvelles pratiques sociales*, 26(1), 231-246.

Porter, I. (2017, 8 février 2017). Barrette n'apprécie pas l'arrivée d'une clinique de soins infirmiers à Montréal. *Le Devoir*. Récupéré sur le site: <http://www.ledevoir.com/societe/sante/491153/barrette-n-apprecie-pas-l-arrivee-d-une-clinique-infirmiere-a-montreal>

RAMQ. (2011). *Enquêtes de la Régie de l'assurance maladie du Québec sur des coopératives de santé. Faits saillants et analyse*. Régie de l'assurance maladie du Québec. Québec, Canada.

Récupéré sur le site:
<http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/citoyens/fr/rapports/rappeng-coop-fr.pdf>

RAMQ. (2013). *Enquête de la Régie de l'assurance maladie du Québec sur les coopératives de santé. Faits saillants et analyse*. Régie de l'assurance maladie du Québec. Québec, Canada. Récupéré sur le site: <http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/citoyens/fr/rapports/rappeng-coops-2013-fr.pdf>

Rawls, J. (1971). *A theory of justice*. Cambridge, Mass: Belknap Press of Harvard University Press.

Remler, D. K. et Van Ryzin, G. G. (2015). *Research methods in practice : strategies for description and causation*. (2ème ed.). Los Angeles: SAGE.

Richer, M. (2005). Des initiatives innovatrices de l'économie sociale en réponse à la crise du système de santé au Venezuela. *Économie et Solidarités*, 36(2), 30-47.

Richez-Battesti, N., Petrella, F. et Vallade, D. (2012). L'innovation sociale, une notion aux usages pluriels : Quels enjeux et défis pour l'analyse ? *Innovations*, n38(2), 15-36. doi:10.3917/inno.038.0015

Romanow, R. J. (2002). *Guidé par nos valeurs. L'avenir des soins de santé au Canada. Rapport final*. Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. Récupéré sur le site: <http://publications.gc.ca/collections/Collection/CP32-85-2002F.pdf>

Roy, B. (2016). Origines et spécificités de la santé communautaire. De la clinique populaire Pointe-Saint-Charles aux CLSC. Une entrevue avec Anne Plourde. *Les entrevues de Bernard Roy dans le cadre du cours Pratique infirmière et santé communautaire*.

Roy, B. et Desgroseilliers, V. (2016). Réflexion sur la santé communautaire: Entretien réalisé avec le Dr. Gilles Julien. Dans V. Desgroseilliers, N. Vonarx, A. Guichard, et B. Roy (Eds.), *La santé communautaire en 4 actes. Repères, acteurs, démarches et défis* (pp. 104-112). Québec: Presses de l'Université Laval.

Roy, B., Duhoux, A., Contandriopoulos, D., Mattmann, S. et Laroche, D. (2016). Comme une hirondelle, SABSA annonce-t-elle un printemps chaud? *Le Point en santé et services sociaux*, 12(2), 75-78.

Saltman, R. B. (2003). Melting public-private boundaries in European health systems. *European Journal of Public Health*, 13, 24-29.

- Santé Canada. (2012). Le système de soins de santé du Canada. Récupéré sur le site: <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/system-regime/2011-hcs-sss/index-fra.php>
- Saucier, L.-J. (2012). Le mouvement coopératif comme rempart au néolibéralisme : quelques lignes de force économiques et sociopolitiques. [*Sommet international des coopératives*, Récupéré sur le site: <https://www.sommetinter.coop/sites/default/files/article-scientifique/files/41-saucier.pdf>
- Savoie-Zajk, L. (2007). Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide? . *Recherches qualitatives. Collection hors séries "Les actes"*, 5, 99-111.
- Sommet international des coopératives. (2017). À propos. Un lieu de rencontre biennal. Récupéré sur le site: <https://www.sommetinter.coop/fr/propos/propos>
- St-Pierre, M.-A. (2009). *Regards sur le système de santé et des services sociaux du Québec*. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Québec, Canada. Récupéré sur le site: <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2009/09-731-01F.pdf>
- Stake, R. E. (1995). *The Art of Case Study Research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Starr, P. (1988). The Meaning of Privatization. *Yale Law and Policy Review*, 6, 6-41.
- Tsoukas, H. (2009). Craving for Generality and Small-N Studies: A Wittgensteinian Approach towards the Epistemology of the Particular in Organization and Management Studies. Dans D. A. Buchanan et A. Bryman (Eds.), *The SAGE Handbook of Organizational Research Methods* (pp. 285-301). Los Angeles; London: Sage.
- Umberson, D. et Karas Montez, J. (2010). Social Relationships and Health: A Flashpoint for Health Policy. *Journal of Health and Social Behavior*, 51, S54–S66. doi:10.1177/0022146510383501
- Vaillancourt, Y. (2017). *Marges de manoeuvre des acteurs locaux de développement social en contexte d'austérité*. CRCOC, CRISES et ARIMA. Montréal, Québec. Récupéré sur le site: https://crises.uqam.ca/upload/files/publications/etudes-theoriques/CRISES_ET1701.pdf
- Vaillancourt, Y. et Favreau, L. (2000). Le modèle québécois d'économie sociale et solidaire *Vol. 18. Série Recherches* (pp. 28): Chaire de recherche du Canada en développement des collectivités (CRDC).

Ville de Québec. (2005). Plan directeur Quartier Saint-Sauveur. Constats et orientations, objectifs et actions. Récupéré sur le site: https://www.ville.quebec.gc.ca/apropos/vie_democratique/participation_citoyenne/conseils_quartier/saintsauveur/Visualiser.ashx?id=977

Ville de Québec. (2007). Plan directeur du quartier Saint-Roch: Constat. Récupéré sur le site: http://ville.quebec.gc.ca/apropos/vie_democratique/participation_citoyenne/conseils_quartier/saintroch/docs/quartier_saint_roch_constat.pdf

Vonarx, N. et Desgroseilliers, V. (2016). Santé communautaire et santé publique: Des différences profondes. Dans V. Desgroseilliers, N. Vonarx, A. Guichard, et B. Roy (Eds.), *La santé communautaire en 4 actes. Repères, acteurs, démarches et défis* (pp. 9-23). Québec: Presses de l'Université Laval.

WHO. (2001). *Strategic alliances. The role of civil society in health*. World Health Organization, Geneva. Récupéré sur le site: http://www.who.int/civilsociety/documents/en/alliances_en.pdf

Yin, R. K. (2009). *Case Study Research : Design and Methods*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

ANNEXE 1 : Cadre conceptuel des valeurs, principes et éléments d'un système de santé axé sur les soins de santé primaires



Figure 4 : Cadre conceptuel des valeurs, principes et éléments d'un système de santé axé sur les soins de santé primaires

Source : <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/PHC-Strategies-Development-PHC-Teams.pdf>

ANNEXE 2 : Grille d'entrevue pour les membres fondateurs de la Coopérative de solidarité SABSA

Introduction

- Présentations
- Précisions sur l'objectif de l'entrevue
- Présentation et signature du formulaire de consentement

Parcours personnel et professionnel dans le système de santé et dans le mouvement coopératif

- Pourriez-vous vous présenter et me parler de votre parcours en lien avec le réseau de la santé et avec le mouvement coopératif avant la fondation de SABSA?
 - Liens entretenus avec le système de santé
 - Expérience au sein d'entreprises coopératives
 - Liens et expériences dans les quartiers St-Roch et St-Sauveur

Fonctionnement de la Coopérative de solidarité SABSA

- Comment fonctionne la coopérative?
 - Mission et objectifs de la coopérative
 - Volet hépatite C, VIH/SIDA et clinique de proximité
 - Choix du type solidarité
 - Types de membres et participation citoyenne
- Il y a un volet clinique de proximité à SABSA. Qu'est-ce que signifie la proximité pour vous?
 - Pourquoi la proximité est-elle importante dans le cadre de la mission de SABSA?

Lieu d'émergence de la coopérative

- SABSA s'est installée aux frontières des quartiers St-Sauveur et St-Roch. Est-ce que SABSA aurait pu s'installer ailleurs selon vous? Par exemple, dans un autre établissement ou un autre endroit du quartier.
- Y a-t-il d'autres coopératives comme la vôtre dans ces quartiers?

- Selon vous, en quoi les quartiers dans lesquels SABSA se situe peuvent-ils être considérés comme une communauté?

Contexte de création de la coopérative

- Racontez-moi dans quel contexte la coopérative a été fondée.
 - Les caractéristiques du milieu et des acteurs (microsociales) qui expliquent selon vous l'émergence de SABSA.
 - Les caractéristiques du contexte socioéconomique, sociopolitique (macrosociales) qui expliquent selon vous l'émergence de SABSA.

Choix du modèle coopératif

- Racontez-moi comment l'idée de fonder une coopérative a émergé.
 - Est-ce qu'un autre modèle aurait pu être envisagé? (clinique privée, etc.)
 - Quels sont les modèles coopératifs qui vous ont inspiré? Comment ont-ils été source d'inspiration? (S'il y en a)
 - Quels sont les éléments facilitateurs dans l'implantation de la coopérative?
 - Quels sont les éléments contraignants dans l'implantation de la coopérative?

Contributions du modèle à la santé de la communauté

- Selon vous, qu'est-ce que la santé communautaire?
- Selon vous, qu'est-ce que la santé publique?
- Où est-ce que la coopérative SABSA s'inscrit d'après vous (en santé communautaire, en santé publique ou un peu des deux)? Pourquoi?
- Qu'est-ce qui distingue ce modèle des autres au point de vue de son effet sur la santé d'une communauté selon vous?
- Selon vous, en quoi la coopérative SABSA, du fait de son identité coopérative, contribue-t-elle à répondre aux besoins de santé de première ligne de façon complémentaire au réseau?

Relation de la Coopérative SABSA avec le réseau de la santé

- Pouvez-vous me parler des liens qu'entretient SABSA avec le réseau de la santé?
 - Depuis sa création, quel lien entretient la coopérative avec le réseau de la santé?

- Idéalement, quel lien la coopérative voudrait-elle entretenir avec le réseau de la santé?
- Quels sont les obstacles à cet idéal selon vous?
- Qu'est-ce qui pourrait faire en sorte que cet idéal soit atteint selon vous?

ANNEXE 3 : Autorisation de SABSA pour la réalisation du projet de mémoire

Coordonnées de SABSA :

Coop de solidarité SABSA
Services à bas seuil d'accessibilité
79, boul. Charest Est, suite 1
Québec (Qc)
G1K 3G4
Tél. : (418) 914-9295 Fax : (418) 914-5646
Courriel : [REDACTED]

Copie intégrale du courriel :

Bonjour Mme Mattmann,

Je te confirme par la présente l'autorisation de la Coopérative de solidarité SABSA pour le projet de mémoire intitulé comme suit:

Titre: La place de la Coopérative de solidarité SABSA dans la tendance mondiale de développement de coopératives de santé et de services sociaux.

Objectif: Comprendre le contexte d'émergence et situer la Coopérative de solidarité SABSA, comme réponse communautaire au besoin de soins de première ligne et de proximité dans un quartier populaire de Québec, dans la tendance mondiale de développement de coopératives de santé et de services sociaux.

Devis: Étude de cas qui porte sur la Coopérative de solidarité SABSA. SABSA sera mis en parallèle avec la tendance mondiale de développement d'alternatives en santé et plus particulièrement de coopératives de santé et de services sociaux.

Nous serons disponibles pour collaborer avec Mme Mattmann pour la réalisation de son projet de mémoire.

Si vous avez besoin de plus d'information, je suis disponible pour vous répondre.

Veuillez recevoir, Mme Mattmann, nos sincères salutations.

[REDACTED]
Coordonnatrice
[REDACTED]

ANNEXE 4 : Formulaire de consentement pour l'utilisation secondaire des données du projet SABSA

Présentation du chercheur

La recherche intitulée « La place de la Coopérative de solidarité SABSA dans la tendance mondiale de développement de coopératives de santé et de services sociaux » est réalisée dans le cadre du projet de mémoire de Sylvie Mattmann, dirigée par Bernard Roy et codirigée par Damien Contandriopoulos, du département de médecine sociale et préventive à l'Université Laval.

Avant de consentir à l'utilisation secondaire des données, veuillez prendre le temps de lire et de comprendre les renseignements qui suivent. Ce document vous explique la nature et le but de la demande, ses avantages, risques et inconvénients. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la personne qui vous présente ce document.

Nature de l'étude

La recherche a pour but de comprendre le contexte d'émergence et situer la Coopérative de solidarité SABSA, comme réponse communautaire au besoin de soins de première ligne et de proximité dans un quartier populaire de Québec, dans la tendance mondiale de développement de coopératives de santé et de services sociaux.

Nature de la demande

Dans le cadre d'une précédente recherche intitulée «Description du processus d'implantation et de fonctionnement d'une clinique de proximité en soins infirmiers dans la ville de Québec : le cas de la Coopérative SABSA », vous avez participé à une entrevue en tant que membre fondateur de SABSA. Cette entrevue vous invitait à raconter votre parcours de formation, votre parcours professionnel, vos expériences dans le réseau de la santé ainsi que votre parcours dans la Clinique SABSA.

Par la présente demande, nous vous demandons l'autorisation pour que la transcription de votre entrevue soit utilisée aux fins de la présente recherche.

Objectif de la demande

L'objectif de cette demande est d'éviter des questions auxquelles vous avez déjà répondu dans la précédente entrevue et, ainsi, d'éviter de prolonger indûment la durée d'une prochaine entrevue. De plus, l'accès aux transcriptions de ces entrevues permettra d'enrichir considérablement la présente recherche.

Avantages, risques ou inconvénients possibles

Le seul avantage à autoriser cette demande est de ne pas avoir à évoquer à nouveau des éléments dont vous avez déjà parlé au cours de la précédente entrevue. Aucun risque ou inconvénient connu n'est associé à l'utilisation de la transcription de votre entrevue.

Signatures

Je soussigné(e) _____ consens librement à ce que la transcription de l'entrevue à laquelle j'ai participé pour la recherche «Description du processus d'implantation et de fonctionnement d'une clinique de proximité en soins infirmiers dans la ville de Québec : le cas de la Coopérative SABSA» soit utilisée dans le cadre de la présente recherche. J'ai pris connaissance du formulaire et j'ai compris la nature et l'objectif de la demande. Je suis satisfait(e) des explications, précisions et réponses que le chercheur m'a fournies, le cas échéant, quant à ma participation à ce projet.

Signature du participant, de la participante

Date

J'ai expliqué la nature et l'objectif de la demande. J'ai répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées et j'ai vérifié la compréhension du participant.

Signature du chercheur

Date

Renseignements supplémentaires

Si vous avez des questions sur la recherche, sur les implications de votre participation ou si vous souhaitez retirer votre consentement à cette autorisation, veuillez communiquer avec Sylvie Mattmann, étudiante à la maîtrise en santé communautaire-santé mondiale, au numéro de téléphone suivant : _____, ou à l'adresse courriel suivante : _____.

Plaintes ou critiques

Toute plainte ou critique sur ce projet de recherche pourra être adressée au Bureau de l'Ombudsman de l'Université Laval :

Pavillon Alphonse-Desjardins, bureau 3320
2325, rue de l'Université
Université Laval
Québec (Québec) G1V 0A6
Renseignements - Secrétariat : (418) 656-3081
Ligne sans frais : 1-866-323-2271
Courriel : info@ombudsman.ulaval.ca

Copie du participant

ANNEXE 5 : Formulaire de consentement pour les membres fondateurs de la Coopérative de solidarité SABSA

Présentation du chercheur

Cette recherche est réalisée dans le cadre du projet de mémoire de Sylvie Mattmann, dirigée par Bernard Roy et codirigée par Damien Contandriopoulos, du département de médecine sociale et préventive à l'Université Laval.

Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de lire et de comprendre les renseignements qui suivent. Ce document vous explique le but de ce projet de recherche, ses procédures, avantages, risques et inconvénients. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la personne qui vous présente ce document.

Nature de l'étude

La recherche a pour but de comprendre le contexte d'émergence et situer la Coopérative de solidarité SABSA, comme réponse communautaire au besoin de soins de première ligne et de proximité dans un quartier populaire de Québec, dans la tendance mondiale de développement de coopératives de santé et de services sociaux.

Déroulement de la participation

Votre participation à cette recherche consiste à participer à une entrevue, d'une durée d'environ 60 à 90 minutes, qui portera sur les éléments suivants:

- Parcours personnel et professionnel dans le système de santé et dans le mouvement coopératif
- Fonctionnement de la Coopérative de solidarité SABSA
- Lieu d'émergence de la coopérative
- Contexte de création de la coopérative
- Choix du modèle coopératif
- Contributions du modèle à la santé de la communauté
- Relation de la Coopérative SABSA avec le réseau de la santé

Avantages, risques ou inconvénients possibles liés à votre participation

Nous ne pouvons vous assurer aucun avantage à participer ce projet de recherche. Toutefois, cette entrevue vous offre l'occasion de discuter de l'émergence de la Coopérative de solidarité SABSA à des fins de recherche et en toute confidentialité. Les résultats obtenus contribueront à l'avancée des connaissances dans le domaine des coopératives de soins de santé et des services sociaux et de la santé communautaire.

Outre le temps que vous devrez prendre pour participer à l'entrevue, aucun inconvénient n'est associé à la participation à cette recherche. Toutefois, étant donné le milieu restreint où se déroule la collecte

des données et le nombre limité de personnes qui seront rencontrées pour une entrevue, il existe un risque que vous soyez reconnu par vos pairs lorsque les résultats seront restitués, et ce, même si des mesures seront appliquées pour assurer la confidentialité de vos renseignements.

Participation volontaire et droit de retrait

Vous êtes libre de participer à ce projet de recherche. Vous pouvez aussi mettre fin à votre participation sans conséquence négative ou préjudice et sans avoir à justifier votre décision. Si vous décidez de mettre fin à votre participation, il est important d'en prévenir le chercheur dont les coordonnées sont incluses dans ce document. Tous les renseignements personnels vous concernant seront alors détruits.

Confidentialité et gestion des données

Les mesures suivantes seront appliquées pour assurer la confidentialité des renseignements fournis par les participants:

- les noms des participants ne paraîtront dans aucun rapport;
- les divers documents de la recherche seront codifiés et seul le chercheur aura accès à la liste des noms et des codes;
- les résultats individuels des participants ne seront jamais communiqués;
- les matériaux de la recherche, incluant les données et les enregistrements, seront respectivement conservés dans un classeur sous clé dans le bureau du directeur de maîtrise de l'étudiante et dans un dossier informatisé protégé par un mot de passe. Ils seront détruits 2 ans après la fin de la recherche, soit en septembre 2018;
- dans le cas où la recherche ferait l'objet de publications dans des revues scientifiques, aucun participant ne pourra y être identifié ;
- un court résumé des résultats de la recherche sera expédié aux participants qui en feront la demande en indiquant l'adresse où ils aimeraient recevoir le document, juste après l'espace prévu pour leur signature.

Dans un souci de protection, le ministère de la Santé et des Services sociaux demande à tous les comités d'éthique désignés d'exiger que le chercheur conserve, pendant au moins un an après la fin du projet, la liste des participants de la recherche ainsi que leurs coordonnées, de manière à ce que, en cas de nécessité, ceux-ci puissent être rejoints rapidement;

Compensation

Aucune compensation n'est prévue pour votre participation à ce projet de recherche.

Remerciements

Votre collaboration est précieuse pour nous permettre de réaliser cette étude et nous vous remercions d'y participer.

Signatures

Je soussigné(e) _____ consens librement à participer à la recherche intitulée : « La place de la Coopérative de solidarité SABSA dans la tendance mondiale de développement de coopératives de santé et de services sociaux ». J'ai pris connaissance du formulaire et j'ai compris le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients du projet de recherche. Je suis satisfait(e) des explications, précisions et réponses que le chercheur m'a fournies, le cas échéant, quant à ma participation à ce projet.

Signature du participant, de la participante

Date

Un court résumé des résultats de la recherche sera expédié aux participants qui en feront la demande en indiquant l'adresse où ils aimeraient recevoir le document. **Les résultats ne seront pas disponibles avant septembre 2016. Si cette adresse changeait d'ici cette date, vous êtes invité(e) à informer la chercheuse de la nouvelle adresse où vous souhaitez recevoir ce document.**

L'adresse (électronique ou postale) à laquelle je souhaite recevoir un court résumé des résultats de la recherche est la suivante :

J'ai expliqué le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients du projet de recherche au participant. J'ai répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées et j'ai vérifié la compréhension du participant.

Signature du chercheur

Date

Renseignements supplémentaires

Si vous avez des questions sur la recherche, sur les implications de votre participation ou si vous souhaitez vous retirer de la recherche, veuillez communiquer avec Sylvie Mattmann, étudiante à la maîtrise en santé communautaire-santé mondiale, au numéro de téléphone suivant : _____, ou à l'adresse courriel suivante : _____

Plaintes ou critiques

Toute plainte ou critique sur ce projet de recherche pourra être adressée au Bureau de l'Ombudsman de l'Université Laval :

Pavillon Alphonse-Desjardins, bureau 3320
2325, rue de l'Université
Université Laval
Québec (Québec) G1V 0A6
Renseignements - Secrétariat : (418) 656-3081
Ligne sans frais : 1-866-323-2271
Courriel : info@ombudsman.ulaval.ca

Copie du participant

