

**LA CONTRIBUTION DES COOPÉRATIVES DE SANTÉ À L'OFFRE DE
SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE : LIENS AVEC LE SYSTÈME PUBLIC DE
SANTÉ ET IMPACTS SOCIOÉCONOMIQUES**

Jean-Pierre Girard
Coordonnateur de recherche
Centre de recherche sur les innovations sociales
Université du Québec à Montréal
C.P. 8888 Succursale Centre-ville
Montréal (Québec)
H3C 3P8

Lise Lamothe
Professeure
Département d'administration de la santé
Faculté de médecine
Université de Montréal
C.P. 6128 Succursale Centre-ville
Montréal (Québec)
H3C 3J7

RAPPORT

remis au

SECRETARIAT AUX COOPERATIVES

Juin 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

Jean-Pierre Girard, Coordonnateur de recherche, Centre de recherche sur les innovations sociales (CRISES), Université du Québec à Montréal : girard.jean-pierre@uqam.ca.

Lise Lamothe, professeure, Département d'administration de la santé, Faculté de médecine, Université de Montréal : lise.lamothe@umontreal.ca.

Avec la contribution de

Franklin Assoumou Ndong, doctorant en développement régional, Université du Québec à Rimouski.

Miguel Renato Aguirre Rodriguez, étudiant au Diplôme d'études professionnelles approfondies en santé publique, Université de Montréal.

Et pour la révision, correction et mise en page

Geneviève Langlois, étudiante au programme *Master of Library and Information Studies* de l'Université McGill.

Le Secrétariat aux coopératives du gouvernement du Canada a apporté son soutien à la réalisation de ce rapport.

Les informations contenues dans ce rapport étaient à jour en date de juin 2004.

TABLE DES MATIÈRES

Sommaire exécutif.....	1
1. Contexte de l'étude.....	3
2. Mandat et méthodes.....	6
3. Transformation des systèmes de santé dans les pays développés	7
3.1 Rôles et fonctions de l'État	7
3.2 L'organisation de la prestation de services.....	8
4. Classification des coopératives.....	9
4.1 Définitions et fonctionnement	9
4.2 Catégories génériques	12
4.3 Catégories appliquées au domaine sociosanitaire	12
5. Organisations et réseaux coopératifs dans le domaine sociosanitaire.....	15
5.1 Japon, Espagne et Brésil : trois modèles	17
5.2 Royaume-Uni : les coopératives dans le domaine de la santé, une expérience récente	22
5.3 Le Canada, un foisonnement d'expériences	23
6. Contribution des coopératives dans le domaine sociosanitaire.....	25
6.1 Liens avec le système public de santé (gouverne et types de partenariats)	25
6.2 Impacts socioéconomiques.....	29
Conclusion et recommandations.....	32
Annexes	35
Annexe 1 Sommaire du rapport <i>Efficacité des modèles de prestation coopératifs/communautaires des soins de santé</i> (Angus, Manga)	35
Annexe 2 Ressources électroniques et ressources Internet employées	36
Annexe 3 Le cas de la SELDOC (South East London Doctors' Co-operative) au Royaume-Uni.....	43
Annexe 4 Association des coopératives de santé de l'Union japonaise des coopératives de consommateurs - La Charte des droits du malade des coopératives de santé (extrait).....	44
Annexe 5 Le cas de la Coop Santé Aylmer (au Québec), une coopérative de solidarité	45

Annexe 6	Recension des écrits sur les coopératives sociosanitaires dans les pays développés	47
-----------------	---	-----------

LISTE : SCHÉMA, FIGURE ET TABLEAUX

SCHÉMA 1 :	Fonctionnement de la coopérative	11
FIGURE 1 :	Résumé de la classification détaillée des coopératives des secteurs de la santé et des services sociaux.....	14
TABLEAU 1 :	Coopératives de santé au Japon, Espagne, Brésil : éléments de comparaison	21
TABLEAU 2 :	Coopératives de santé au Canada.....	23

SOMMAIRE EXÉCUTIF

En réponse au mandat confié par le Secrétariat aux coopératives, le présent rapport propose, en premier lieu, un état de situation du paysage coopératif dans l'offre de soins et services de santé de première ligne. Ce dernier s'appuie sur un recensement des écrits sur les coopératives dans le domaine sociosanitaire. Cet état de situation permet, en deuxième lieu, de dégager une catégorisation des coopératives en fonction de la forme adoptée et des types de soins et services offerts, d'identifier les liens que ces organisations développent avec les systèmes publics de santé et de commenter sur les impacts socioéconomiques rapportés.

Le recensement des écrits porte sur les coopératives offrant des soins et services de santé de première ligne dans les pays développés. Il cible les articles publiés dans des revues scientifiques de même que des rapports de recherche écrits en français, en anglais et en espagnol. La période couverte est de dix ans, soit de 1994 à 2004.

La pertinence de ce travail s'inscrit dans une tendance où le nombre de coopératives de services de santé tend à augmenter, et leur vocation à se diversifier, dans plus d'une province canadienne. Avant les années 1990, seules quelques coopératives pouvaient être dénombrées; elles étaient surtout localisées en Saskatchewan. À ce jour, nous connaissons peu l'étendue et le rythme de développement des coopératives de services de santé au Canada. Les connaissances à ce sujet ont un caractère très anecdotique. À l'échelle canadienne, seule l'étude d'Angus et Manga (1990) sur l'efficacité des modèles de prestation coopératifs/communautaires des soins de santé permet de dégager un aperçu des formes que ces organisations peuvent adopter et des impacts qu'elles peuvent entraîner. Leur étude s'appuie toutefois sur une revue des écrits portant principalement sur la période des années 1980. À cet égard, il est important de souligner que depuis 1990, la problématique de la transformation et adaptation des services de santé aux besoins de la population se pose différemment. Par exemple, une révision des rôles et fonctions de l'État est au premier plan. Ceci a pour conséquence de stimuler une réflexion sur une participation plus importante d'organisations non publiques, telles les coopératives, à l'offre de soins et services de santé.

Prenant acte de cette conjecture, à la différence de l'étude d'Angus et Manga (1990), celle-ci se concentre sur la seule réalité des organismes ayant un statut coopératif. Ceci permet d'une part d'éclater le concept de coopérative dans ses applications plus fines de sociétariat; non seulement en reprenant le modèle des coopératives de consommateurs, mais en y intégrant aussi les coopératives de travailleurs, les coopératives de producteurs et le très stimulant cas des coopératives multi-sociétaires. D'autre part, ceci offre l'opportunité d'ouvrir sur la riche contribution dans le domaine de la santé d'exemples étrangers dont les cas du Japon et du Royaume-Uni. Ainsi, ce rapport permet non seulement de faire état du foisonnement d'expériences coopératives au Canada, mais aussi de les situer dans le contexte des pays développés (Espagne, Suède, Finlande, Portugal, Brésil, etc.). La comparaison avec les modèles étrangers permet notamment d'illustrer que malgré des tendances lourdes similaires au plan socioéconomique, divers types de rapports peuvent être développés avec l'État.

L'identification des axes de développement des coopératives de services de santé et leur comparaison interpays sont une source d'information précieuse et permettent d'enrichir les débats sur la place des coopératives dans l'offre de soins et services de santé. Par ailleurs, notre recherche a aussi mis en évidence les limites de la connaissance sur le sujet. Cette situation suggère la formulation de diverses recommandations :

- Tel que suggéré dans le rapport d'Angus et Manga (1990), inciter les deux associations canadiennes de coopératives, le Conseil Canadien de la Coopération et la *Canadian Co-operative Association*, à collaborer avec le Secrétariat aux coopératives du gouvernement du Canada et les regroupements provinciaux de coopératives pour poursuivre les actions de représentation afin de mieux faire connaître aux autorités publiques intervenant en santé le modèle coopératif comme alternative à la prestation de services de santé;
- Susciter l'intérêt de chercheurs pour approfondir la connaissance portant sur les coopératives évoluant dans le domaine sociosanitaire et plus précisément, des questions liées aux liens entre organisations coopératives et pouvoirs publics et mesures d'impacts socioéconomiques;
- Réaliser une étude comparative sur des coopératives de services de santé et des cliniques privées par le biais de divers indicateurs de performance. La méthodologie à la base de l'étude réalisée en 1983 en Saskatchewan qui compare la performance des deux plus grandes cliniques communautaires avec celle de deux cliniques privées pourrait servir de solide cadre de référence. Cette étude de 1983 pourrait aussi faire l'objet d'une mise à jour;
- Évaluer la pertinence de soutenir un mécanisme de veille ou de vigie portant sur l'innovation apportée par les coopératives dans le domaine sociosanitaire.

1. CONTEXTE DE L'ÉTUDE

Au Canada, avant les années 1990, il n'y avait qu'un nombre réduit de coopératives de services de santé, pour l'essentiel localisées en Saskatchewan. Depuis, non seulement leur nombre tend à augmenter dans plus d'une province canadienne, mais leur vocation tend à se diversifier. Au Québec, la création en 1995 de la Coopérative de services de santé Les Grès, à Saint-Étienne-des-Grès, marque le début d'une ère de changement. Bien sûr, il s'agit encore d'une coopérative de services de santé, mais son originalité s'appuie sur un contexte d'émergence, un financement et surtout des modalités de prestation radicalement différentes de celles existant en Saskatchewan (Assoumou Ndong et Girard, 2000). Depuis, quatre autres coopératives de services de santé se sont développées au Québec, de nouveau sous le signe de l'innovation : modalités de démarrage différentes, statut juridique nouveau (coopérative de solidarité), etc. (Girard, 2003). Au même moment, la Colombie-Britannique s'avère aussi être un terreau favorable au développement de coopératives de services de santé puisque depuis 1999, quatre initiatives ont vu le jour.

Ce développement n'est pas étonnant. Au cours de la dernière décennie, diverses pressions d'ordre économique, technologique et même idéologique ont entraîné les systèmes de santé dans un important mouvement de transformations. Celles-ci sont l'expression d'une recherche de nouvelles modalités d'offre de soins et services mieux adaptées au contexte actuel.

Au Canada, diverses commissions (e.g. Kirby, Romanow, Clair) ont été chargées de faire des recommandations à cet effet. La création même de ces commissions s'inscrit dans un courant de revendications des rôles de l'État dans le domaine de la santé. Ainsi, les réflexions en cours sur l'organisation des services de santé portent non seulement sur les modalités de prestation les mieux adaptées, mais aussi sur la contribution de l'État. Parmi les recommandations qui sont récurrentes dans tous les rapports de ces commissions, celle de développer les services de première ligne et de mieux les coordonner est à l'avant plan. De plus, il est recommandé de repenser l'offre des services de première ligne en capitalisant sur des partenariats entre les secteurs public et privé. Ces mesures sont vues comme essentielles à la résolution des problèmes d'accessibilité et de continuité des services à la population et de croissance des coûts qui perdurent.

La formation de réseaux de soins et services de première ligne assurant aux populations locales une accessibilité et une continuité adéquate des services soulève divers défis liés aux difficultés d'arrimage entre les partenaires concernés (Lamothe, 2002). Il apparaît qu'il n'y ait pas de modèle unique d'organisation des services de première ligne qui permette d'atteindre les objectifs poursuivis. Divers facteurs associés aux contextes démographiques, sociopolitiques, organisationnels et professionnels locaux ont une influence déterminante sur la forme de même que le processus d'émergence d'un modèle particulier (Lamarche et al., 2001, 2002; Lamothe, 2003b). De plus, la création de partenariats efficaces entre les organisations publiques de santé et des organisations privées soulève ses propres difficultés et oblige les partenaires à s'engager dans un processus d'appriovissement et de négociation (Lamothe, 2003a,c).

Or, il apparaît que dans le discours et l'analyse sur le développement des soins et services de première ligne, la contribution des coopératives de santé ne soit pas suffisamment prise en compte. Vaillancourt et Jetté, se référant au contexte du Québec, mentionnent que possiblement en raison de la faible présence d'entreprises de cette nature dans les services sanitaires et médicaux, on peut constater un silence relatif sur ce sujet dans les publications de chercheurs. Se référant à ces travaux, ils soulignent que :

En fin de compte, dans ce type d'analyse, toute problématique est envisagée par rapport à la dichotomie État/marché. Cette analyse réductrice nous enferme dans un univers où les enjeux tournent uniquement autour de l'étatisation ou de la privatisation, ce qui finit par être intellectuellement et politiquement stérile, à la fois pour l'avancement des connaissances et pour l'émergence de nouvelles pratiques sociales (Vaillancourt et Jetté, 2003)

En outre, ce désintérêt des chercheurs à l'égard de la place des coopératives ou autres entreprises collectives dans les services de santé s'explique aussi par une perception que l'intérêt général ne peut être porté que par l'appareil public. Ce sujet sera repris dans ce rapport.

Seul le rapport de la Commission Arpin au Québec (1999), a souligné la pertinence pour le réseau public de s'ouvrir à la réalité des coopératives en matière de santé. Explicitant ce qu'est une coopérative de santé, le rapport mentionne que :

Lorsque des solutions innovatrices réussies accroissent la capacité des communautés de répondre à des besoins et de résoudre des problèmes présents dans le milieu, il y aurait lieu, pour le réseau public, de favoriser la diffusion de l'information sur les démarches nécessaires à leur réalisation dans les groupes intéressés (Arpin, 1999)

Cet extrait du rapport correspond à ce qui est perçu comme impact de ces coopératives : renforcer l'appartenance au milieu local et, dans les situations les plus difficiles, contribuer à freiner la déstructuration d'un milieu par l'offre d'un service essentiel. Les coopératives de santé ont donc un impact économique en incitant les gens à rester dans leur milieu. Elles ont également un impact social, en renforçant par exemple la cohésion sociale du milieu (Girard, 2002) et éventuellement le stock de capital social (De Bortoli et Girard, à paraître).

À ce jour, nous connaissons peu l'étendue et le rythme de développement des coopératives de services de santé au Canada. Les connaissances à ce sujet ont un caractère très anecdotique. À l'échelle canadienne, seule l'étude d'Angus et Manga (1990) sur l'efficacité des modèles de prestation coopératifs/communautaires des soins de santé permet de dégager un aperçu des formes que ces organisations peuvent adopter et des impacts qu'elles peuvent entraîner. Leur étude s'appuie sur une revue des écrits portant principalement sur la période des années 1980.

À titre d'exemple, un de ces écrits est l'analyse réalisée en 1983 par le Ministère de la santé de la Saskatchewan. On y compare la performance de deux cliniques communautaires et deux cliniques privées à partir d'une série d'indicateurs, tel le coût par patient, le coût des médicaments, l'impact sur le taux d'utilisation des hôpitaux, la satisfaction des usagers, etc. Les résultats démontrent une performance nettement supérieure des cliniques communautaires.

Cette information et d'autres fort utiles à une meilleure compréhension du modèle communautaire en santé ne doivent pas faire oublier les limites de l'étude d'Angus et Manga. Tel que l'expose le sommaire présenté à l'annexe 1 du présent rapport, cette étude ne se concentre pas exclusivement sur la forme coopérative, mais inclut de façon plus globale divers modèles qui « impliquent d'une façon ou d'une autre la participation communautaire ». En 1990, cet exercice permettait d'inclure des organisations publiques de services de première ligne tels que les Centres locaux de services communautaires (CLSC) du Québec. Par ailleurs, il ne permettait pas de distinguer des organisations dont les logiques institutionnelles diffèrent. Même si au moment de leur fondation les CLSC prônaient une participation communautaire, ils sont depuis longtemps engagés dans un très fort processus d'institutionnalisation et n'offrent plus guère d'espace pour une telle implication (Comeau et Girard, 2000)¹. D'autres aspects sous-estimés ou plus ou moins bien cernés fixent des limites à ce rapport publié en 1990². Rappelons par ailleurs que les contextes sociopolitiques et économiques de la fin des années 1980 et des années 2000 sont fort différents et qu'ainsi la contribution potentielle des coopératives au domaine de la santé s'exprime en termes différents.

Plus récemment, l'étude de Girard et Garon (2000) permet de faire un portrait de situation, mais celui-ci est circonscrit au territoire québécois. À l'échelle internationale, dans la foulée des transformations des systèmes de santé, le peu d'écho apporté au développement de la forme coopérative comme alternative ou solution complémentaire au rôle de l'État a incité l'Organisation des Nations Unies à entreprendre une vaste enquête sur le sujet. Cette enquête, qui s'est étendue sur une période de près de deux ans, a mené à la publication d'un rapport en 1997 qui brosse un large tableau des divers types de contribution que peuvent apporter les coopératives dans le domaine de la santé, mais aussi les impacts potentiels de ces organisations sur le plan économique et social (Nations-unies, 1997). En outre, cette étude a permis de comprendre que dans certains pays, tels l'Espagne et le Japon, les coopératives jouent un rôle important, complémentaire à celui de l'État, dans le domaine de la santé; des aménagements institutionnels, notamment sur le plan du financement, soutiennent et favorisent la contribution des coopératives.

Au Japon, deux réseaux de coopératives, un essentiellement en milieu urbain et l'autre en zone rurale, offrent un large éventail de services de santé et sont dotés de plusieurs infrastructures, incluant un réseau de ressources de première ligne. Dans ce pays, 15 % à 20 % des citoyens utilisent régulièrement les services des coopératives de santé. Un de ces

¹ Les CLSC, type de cliniques propre au Québec et qui combinent un volet santé et un volet de services sociaux ou services à la communauté, se sont même vu forcer, au cours de cette période, d'œuvrer dans un contexte de plus en plus limitatif sur le plan de la participation populaire. En 2004, ces organismes, déjà fortement intégrés dans le réseau public de la santé et des services sociaux québécois, ont été l'objet de fusion avec d'autres types d'établissements de santé, dont les centres hospitaliers dans de nouvelles structures intégrées, soit les Centres de services de santé et sociaux. Par ce jeu de fusion, le nombre de conseils d'administration étant réduit, la participation citoyenne à ces nouvelles entités se résume désormais à peu de chose.

² La coopérative n'est présentée que selon la forme de coopérative d'utilisateurs. On oublie le riche potentiel de la coopérative multi-sociétaire ou encore la forme de coopérative de travailleurs ou de coopérative de producteurs. Par ailleurs, tel que présenté dans cette étude, le concept d'organisme de soins intégrés de santé (OSIS) semble plus ou moins bien cerné. À la fin des années 1980, au Québec, ce concept relevait d'avantage d'une vue de l'esprit qu'un organisme ayant une véritable assise terrain.

réseaux de coopératives, celui en milieu urbain, se singularise par sa remarquable programmation en matière de prévention (Girard et Vézina, 2002). Sans vouloir prétendre à une relation de cause à effet, il est intéressant de noter que le Japon est parmi les pays développés qui investissent un plus faible pourcentage de leur PIB dans le domaine de la santé avec des résultats de santé avantageux pour leur population sur le plan de l'espérance de vie et de l'espérance de vie en bonne santé. Les diverses initiatives en cours suscitent un intérêt certain pour ce phénomène en émergence et suggèrent d'en faire un état de situation.

En premier lieu, ce rapport fait un rappel du mandat confié et des méthodes utilisées pour le réaliser. La section suivante présente le contexte général des transformations des systèmes de santé dans les pays développés, notamment les tensions soulevées par la remise en cause des divers rôles de l'État et les tendances dans l'organisation de la prestation des services de santé. Ceci nous permettra d'alimenter la réflexion sur le positionnement actuel et potentiel des coopératives dans ce secteur d'activités. Par la suite, un rappel des définitions, modes de fonctionnement et catégories de coopératives conduit à faire le point sur celles qui sont observées dans le domaine de la santé. En nous appuyant sur le recensement des écrits effectué, nous présentons ensuite un portrait des organisations et réseaux coopératifs dans les pays développés et le Canada. Cet état de situation nous permet de discuter de la contribution des coopératives dans le domaine sociosanitaire. En conclusion, quelques recommandations sont formulées pour le développement des coopératives dans le domaine sociosanitaire. Une série d'annexes donnent une information complémentaire au propos développé dans le rapport.

2. MANDAT ET MÉTHODES

Les objectifs de ce travail sont de deux ordres. En premier lieu, il porte sur un recensement des écrits sur les coopératives dans le domaine sociosanitaire afin de présenter un état de situation du paysage coopératif dans l'offre de soins et services de santé de première ligne. Cet état de situation nous permet, en deuxième lieu, de dégager une catégorisation des coopératives en fonction de la forme adoptée et des types de soins et services offerts, d'identifier les liens que ces organisations développent avec les systèmes publics de santé et de faire état des impacts socioéconomiques rapportés.

Le recensement des écrits porte sur les coopératives offrant des soins et services de santé de première ligne dans les pays développés. Il arrive à quelques occasions dans ce rapport que soient cités des cas de coopératives dites de services sociaux, par exemple, offrant des services à domicile pour personnes âgées ou exploitant une résidence pour sidéens en phase terminale. Ces exemples illustrent avec éloquence des dimensions clés de ce rapport. La recherche des écrits a ciblé les articles publiés dans des revues scientifiques de même que des rapports de recherche écrits en français, en anglais et en espagnol. La période couverte est de dix ans, soit de 1994 à 2004. Les ressources électroniques et les ressources Internet qui ont été employées sont présentées à l'annexe 2. Nous sommes conscients qu'il puisse exister des publications sur les coopératives de santé qui ne sont pas disponibles sur Internet ou dans les bases de données utilisées (« littérature grise »).

Le recensement des écrits est présenté à l'annexe 6.

3. TRANSFORMATIONS DES SYSTÈMES DE SANTÉ DANS LES PAYS DÉVELOPPÉS

Une réforme du secteur public est à l'agenda des pays de l'OCDE depuis une vingtaine d'années. La direction à donner à ces réformes fait cependant toujours l'objet de multiples débats. Les systèmes de santé, publics dans la plupart de ces pays, sont au cœur de ces débats. En effet, considérant leur part des dépenses publiques et les pressions importantes pour le développement de nouveaux services, leur avenir, dans leur forme actuelle, est incertain. Deux dimensions fondamentales des systèmes de santé font l'objet d'une remise en cause : les rôles et fonctions dévolus à l'État et l'organisation de la prestation de services.

3.1 Rôles et fonctions de l'État

La mise en place de l'État-providence s'est appuyée sur des principes d'équité et de justice sociale et a ainsi conféré à l'État de multiples rôles, notamment de régulateur économique et d'agent principal pour le support au développement économique. L'État a ainsi pu mettre en place des programmes sociaux et des systèmes de transfert et de redistribution du revenu pour atteindre ses objectifs. Cependant, depuis les deux dernières décennies, les États éprouvent des difficultés à maintenir les programmes et mesures mis en place et sont la cible de plusieurs contestations. Celles-ci portent notamment sur la capacité même des finances publiques. En effet, l'accroissement constant du budget de la santé est constamment remis en cause pour des motifs économiques ou idéologiques. Les dépenses en matière de santé accaparent souvent plus de 40 % des dépenses de programmes des gouvernements provinciaux.

Les contestations se rapportent à l'efficacité de l'effet redistributif des politiques sociales et la rationalité politique des décisions. Les décisions en matière de santé sont éminemment politiques et plusieurs dénoncent cet état de fait. Enfin, les contestations portent sur la capacité de gestion de l'État. Pour plusieurs, la croissance constante de l'appareil gouvernemental a eu pour conséquences d'alourdir les systèmes de gestion, de dépersonnaliser les décisions et de créer une distance non productive entre l'appareil gouvernemental et les opérations de santé.

Même si les objets de contestation font une certaine unanimité, les courants porteurs de solutions proviennent de deux sources : un courant néo-libéral et un courant sociocommunautaire. La position néo-libérale propose un désengagement de l'État notamment par l'abolition de l'universalité des programmes, la promotion d'une plus grande sélectivité, le développement de la tarification et celui de la privatisation. Par ailleurs, la position sociocommunautaire propose une densification de la société civile par une décentralisation et une démocratisation locale des services et une redéfinition des services et pratiques professionnelles. Les réformes des systèmes de santé sont influencées par ces trois courants : maintien de l'État-providence, le néo-libéralisme et le sociocommunautaire.

Les décisions prises en matière de rôles de l'État ont un impact sur les diverses fonctions qu'il peut exercer. À ce jour, au niveau des provinces canadiennes, les gouvernements

exercer quatre fonctions principales : gardiens de l'intérêt public (régulateurs), assureurs principaux, gestionnaires et employeurs. Les compromis émergeant des trois courants réformateurs sont susceptibles de modifier ces fonctions ou du moins leur poids relatif. Par exemple, l'État pourrait maintenir ses fonctions de gardien de l'intérêt public et d'assureur principal tout en réduisant ses fonctions de gestionnaire et d'employeur. Il devrait alors faire des ententes ou composer avec la participation d'autres prestataires de soins.

Il est important de noter toutefois que l'État n'est déjà pas totalement responsable de l'offre de services de santé. Au Canada, en 2001-2002, les dépenses publiques de santé se répartissaient comme suit : hôpitaux et services médicaux (42,4 %) et services additionnels (25,2 %). Les dépenses privées comptaient pour 32,4 % (Romanow, 2002). En l'absence d'orientations claires, nous pouvons affirmer que le système de santé est l'objet d'une privatisation passive. La récente contestation juridique de la constitutionnalité de la loi canadienne sur les services de santé annonce une poursuite des débats sur cette question.

Le développement des coopératives dans le domaine de la santé s'inscrit dans ce contexte socioéconomique. Leur émergence peut être vue comme une solution pragmatique aux difficultés rencontrées et réconciliatrice des diverses tendances. L'analyse de leurs diverses formes, des liens qu'elles ont développés avec les systèmes publics de santé et de leurs impacts socioéconomiques est susceptible d'apporter un éclairage sur cette question. Nous y reviendrons.

3.2 L'organisation de la prestation de services

Les débats sur les transformations des systèmes de santé portent aussi sur la recherche d'une organisation de la prestation de services mieux adaptée. Il appert en effet que plusieurs forces contextuelles, en plus des forces mentionnées ci-dessus, obligent à repenser les modes de fonctionnement des systèmes de santé. Dans les pays développés, les changements démographiques qui entraînent une plus grande proportion de la population âgée exercent une pression importante tant sur la nature des soins et services à offrir que sur leurs modes de prestation. Un phénomène de transition épidémiologique avec l'apparition de nouvelles maladies et une chronicité des maladies oblige les prestataires de soins à modifier leurs façons de faire. Aussi, les développements rapides et constants des connaissances scientifiques et des technologies ont des effets structurants importants sur l'offre de soins et services. Enfin, le développement des connaissances dans le domaine de la santé publique a eu pour effet notamment de faire en sorte que la maladie, sauf celle qui est d'origine congénitale, est désormais liée à l'environnement physique et socioéconomique.

Au plan de l'organisation de la prestation de services, la convergence de ces phénomènes provoque une augmentation du suivi ambulatoire des patients et encourage une prise en charge des populations dans les communautés. La conception de l'organisation de la prestation de soins et services, historiquement appuyée sur des organisations de soins, se transforme vers une conception en réseaux de services intégrés. Ces réseaux permettent de reconnaître les interdépendances fonctionnelles entre les organisations de soins, mais aussi

celles avec d'autres intervenants participant à la santé et au mieux-être de la population (ex.: organismes communautaires). Le développement de la médecine ambulatoire fait du domicile des patients un lieu de production de soins et services et engendre un besoin pour la mise en place de nouveaux services.

Cet élargissement du domaine d'intervention des systèmes de santé, associé aux difficultés des États à répondre à cette demande, encourage l'apparition de nouveaux prestataires. Les coopératives de santé en sont un exemple. Leur champ d'intervention est toutefois contraint par les dispositions légales de chacun des pays. Au Canada, la loi actuelle prévoit que les services hospitaliers et médicaux soient accessibles, universels, publics et gratuits pour l'ensemble des citoyens. Or, les transformations de l'organisation de la prestation de services obligent le développement d'une offre de services importante en dehors du contexte hospitalier. Les soins et services à domicile, les services d'aide domestique, les soins et services de longue durée, les services professionnels, les services ambulanciers, les cliniques médicales et multi-professionnelles font notamment partie des champs d'activités potentiels.

L'apparition de nouveaux prestataires dans le domaine sociosanitaire est habituellement débattue sous l'angle des rapports entre le secteur public et le secteur privé marchand. Or, comme nous le verrons, des prestataires du type coopératif font progressivement leur place dans ce domaine au Canada. La nature des services offerts s'inscrit en complémentarité des services publics. Toutefois, l'intérêt limité porté à ce phénomène jusqu'à présent ne nous permet pas de bien cerner leurs conditions de développement. L'état de situation proposé dans ce rapport devrait permettre d'amorcer une réflexion structurée sur le sujet et d'identifier certaines conditions pour leur développement.

4. CLASSIFICATION DES COOPÉRATIVES

4.1 Définitions et fonctionnement

On retrouve des coopératives dans plus d'une centaine de pays et dans une grande variété de secteurs d'activités. Il s'agit donc d'un phénomène universel qui transcende les frontières, les langues et les cultures. Depuis 1895, les mouvements coopératifs des différents pays sont regroupés dans une association, l'Alliance coopérative internationale (ACI), qui a notamment la responsabilité d'exprimer ce que l'on entend par coopérative. Des résolutions découlent de leurs travaux. Des travaux menés sur une période de trois ans ont permis d'adopter en 1995 la déclaration sur l'identité coopérative, déclaration comprenant une définition, un ensemble de valeurs inspirant l'action coopérative et sept principes ou règles d'actions (<http://www.ica.coop/ica/fr/frprinciples.html>). Une coopérative est définie comme suit :

Une coopérative est une association autonome de personnes volontairement réunies pour satisfaire leurs aspirations et besoins économiques, sociaux et culturels communs au moyen d'une entreprise dont la propriété est collective et où le pouvoir est exercé démocratiquement.

La déclaration précise les valeurs phares de la coopération :

Les valeurs fondamentales des coopératives sont la prise en charge et la responsabilité personnelles et mutuelles, la démocratie, l'égalité, l'équité et la solidarité. Fidèles à l'esprit des fondateurs, les membres des coopératives adhèrent à une éthique fondée sur l'honnêteté, la transparence, la responsabilité sociale et l'altruisme.

Enfin, les sept principes sont formulés comme suit :

- 1- Adhésion volontaire et ouverte à tous :** *Les coopératives sont des organisations fondées sur le volontariat et ouvertes à toutes les personnes aptes à utiliser leurs services et déterminées à prendre leurs responsabilités en tant que membres, et ce sans discrimination fondée sur le sexe, l'origine sociale, la race, l'allégeance politique ou la religion.*
- 2- Pouvoir démocratique exercé par les membres :** *Les coopératives sont des organisations démocratiques dirigées par leurs membres qui participent activement à l'établissement des politiques et à la prise de décisions. Les hommes et les femmes élus comme représentants des membres sont responsables devant eux. Dans les coopératives de premier niveau, les membres ont des droits de vote égaux en vertu de la règle – un membre, une voix – ; les coopératives d'autres niveaux sont aussi organisées de manière démocratique.*
- 3- Participation économique des membres :** *Les membres contribuent de manière équitable au capital de leurs coopératives et en ont le contrôle. Une partie au moins de ce capital est habituellement la propriété commune de la coopérative. Les membres ne bénéficient habituellement que d'une rémunération limitée du capital souscrit comme condition de leur adhésion. Les membres affectent les excédents à tout ou partie des objectifs suivants : le développement de leur coopérative, éventuellement par la dotation de réserves dont une partie au moins est impartageable, des ristournes aux membres en proportion de leurs transactions avec la coopérative et le soutien d'autres activités approuvées par les membres.*
- 4- Autonomie et indépendance :** *Les coopératives sont des organisations autonomes d'entraide, gérées par leurs membres. La conclusion d'accords avec d'autres organisations, y compris des gouvernements, ou la recherche de fonds à partir de sources extérieures, doit se faire dans des conditions qui préservent le pouvoir démocratique des membres et maintiennent l'indépendance de leur coopérative.*
- 5- Éducation, formation et information :** *Les coopératives fournissent à leurs membres, leurs dirigeants élus, leurs gestionnaires et leurs employés l'éducation et la formation requises pour pouvoir contribuer effectivement au développement de leur coopérative. Elles informent le grand public, en particulier les jeunes et les dirigeants d'opinion, sur la nature et les avantages de la coopération.*

6- Coopération entre les coopératives : Pour apporter un meilleur service à leurs membres et renforcer le mouvement coopératif, les coopératives oeuvrent ensemble au sein de structures locales, nationales, régionales³ et internationales.

7- Engagement envers la communauté : Les coopératives contribuent au développement durable de leur communauté dans le cadre d'orientations approuvées par leurs membres.

Une autre façon de se représenter la coopérative dans ses opérations a été élaborée par le théoricien français Vienney (1994).

C'est la combinaison d'un groupement de personnes et d'une entreprise liés par des rapports d'activités et d'association, maintenue en cohérence par l'égalité des personnes et la propriété collective des profits réinvestis.

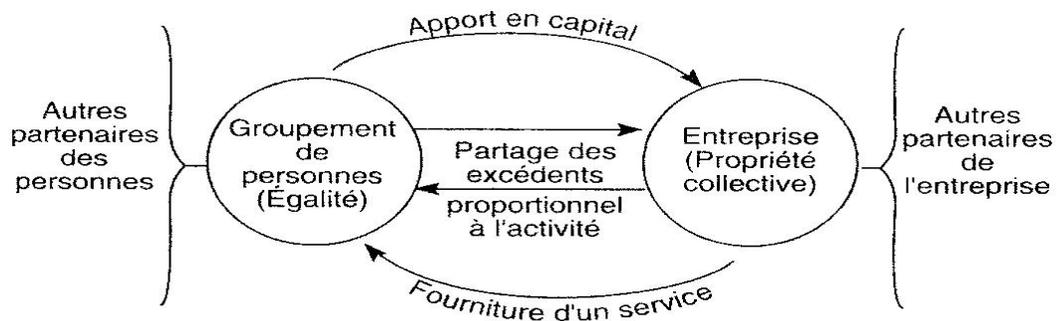
Ainsi s'expliquent les traits communs et distinctifs...

- la réciprocité des rapports entre les personnes associées et leur participation à l'activité de l'entreprise;
- l'égalité dans les organes sociaux à compétence générale;
- s'il est admis, un partage de profits proportionnel à la participation de chacun à l'activité;
- la propriété collective des profits réinvestis.

Un schéma simplifié figure cette structure typique et permet de comprendre la cohérence de l'ensemble de ces règles. Ayant pour objet de relier une partie des activités des personnes associées à l'économie environnante, c'est une organisation à la fois aut centrée et ouverte sur cet environnement marchand.

SCHÉMA 1

Fonctionnement de la coopérative



Référence : Vienney, 1994

³ Fait référence à la dimension continentale.

Au-delà de la définition et de l'explication du fonctionnement de la coopérative, il faut savoir que chaque pays a la latitude d'adopter selon ses propres traditions et choix politiques une loi sur les coopératives. Certains ont donc une loi spécifique alors que d'autres, comme le Danemark, n'en ont pas. Dans ce cas, les coopératives se rattachent à une loi régissant d'autres types d'organismes. Il leur appartient alors de définir et d'appliquer dans leurs règlements ce qui est entendu par coopérative. Dans les pays ayant une ou des lois spécifiques aux coopératives, certaines lois font une référence explicite à la définition et aux principes coopératifs, d'autres non (Côté et Vézina, 1997). Enfin, comme c'est le cas au Canada et en Espagne, il y a des cas où tant le pallier fédéral ou central que le pallier provincial ou régional peuvent adopter des lois sur les coopératives.

4.2 Catégories génériques

Un des traits originaux de la formule coopérative est sa facilité à répondre non seulement à une grande variété de besoins, des besoins liés à la consommation, au travail, au bien-être, etc. mais aussi à divers acteurs. En ce sens, on relève quatre grands types de coopératives se caractérisant par des statuts différenciés de membres :

- Coopérative de consommation : propriété des membres consommateurs;
- Coopérative de travail : propriété des employés-sociétaires;
- Coopérative multi-sociétaires : propriété de plus d'une catégorie de membres⁴;
- Coopérative de production : propriété de membres écoulant une production ou se donnant un service commun.

4.3 Catégories appliquées au domaine sociosanitaire

Bien qu'existante depuis le XIX^e siècle, la formule coopérative n'a jamais réussi à s'imposer comme modèle organisationnel dominant dans une économie. Elle trouve une place entre les organisations publiques et les organisations privées à finalité marchande, place qui varie d'un pays à l'autre. Elle est d'ailleurs souvent confondue avec les organisations publiques ou privées⁵. Il est plutôt rare que des pays, à l'instar de l'Espagne, l'Italie et le Portugal, reconnaissent au sein même de leur constitution la contribution spécifique de ce type d'organisation (Instituto, 1992). Par ailleurs, de plus en plus de pays reconnaissent la présence d'une économie mixte où la formule coopérative porte divers noms, tels que troisième secteur, économie sociale ou autres. D'autres formes organisationnelles à finalité non marchande, telles que les associations, mutuelles et autres, font aussi partie de ce secteur d'activités (Defourny, Develtere et Fonteneau, 1999).

Le développement des coopératives dans le domaine sociosanitaire est toutefois demeuré lent, jusqu'à tout récemment. Une première coopérative de santé a vu le jour en milieu agricole au Japon à la fin des années 1910. Au cours des décennies suivantes, quelques

⁴ Ce type de coopérative porte au Québec le nom de coopérative de solidarité. Elle est propriété des trois catégories de membres suivants : utilisateurs, travailleurs et de soutien (organismes ou individus qui ne sont dans ni l'une ou l'autre des catégories précédentes, mais qui adhèrent à la mission de l'organisation).

⁵ Ainsi dans le rapport Arpin au Québec, OBNL et coopérative sont associés comme un sous-ensemble des entreprises privées à finalité lucrative (Arpin, 1999). Au contraire, dans certains pays, comme ce fut le cas durant des décennies en Afrique, les coopératives étaient associées au secteur public (Develtere, 1998).

coopératives seront formées, dont au Canada, dans la ville de Québec, la Coopérative de services de santé de Québec, laquelle est l'ancêtre de la mutuelle de gestion SSQ (Girard et Garon, 2000). Au milieu du XX^e siècle, un nouvel élan se produit au Japon, mais en milieu urbain. Puis, respectivement à la fin des années 1950 et dans les années 1960, le docteur Espriu en Espagne et le docteur Casthilo au Brésil fondent des organisations qui connaîtront en quelques décennies un développement remarquable. Au début des années 1990, dans ces trois pays, la formule coopérative en santé rejoignait des millions de citoyens. Pour diverses raisons, ces expériences et d'autres émergentes ont échappé aux divers observatoires des systèmes de santé. Pourtant, au cours des années 1990, plusieurs pays s'engagent dans une reconfiguration de leur système de santé. L'OCDE publie d'ailleurs une série d'études sur le sujet (Études de politique de santé).

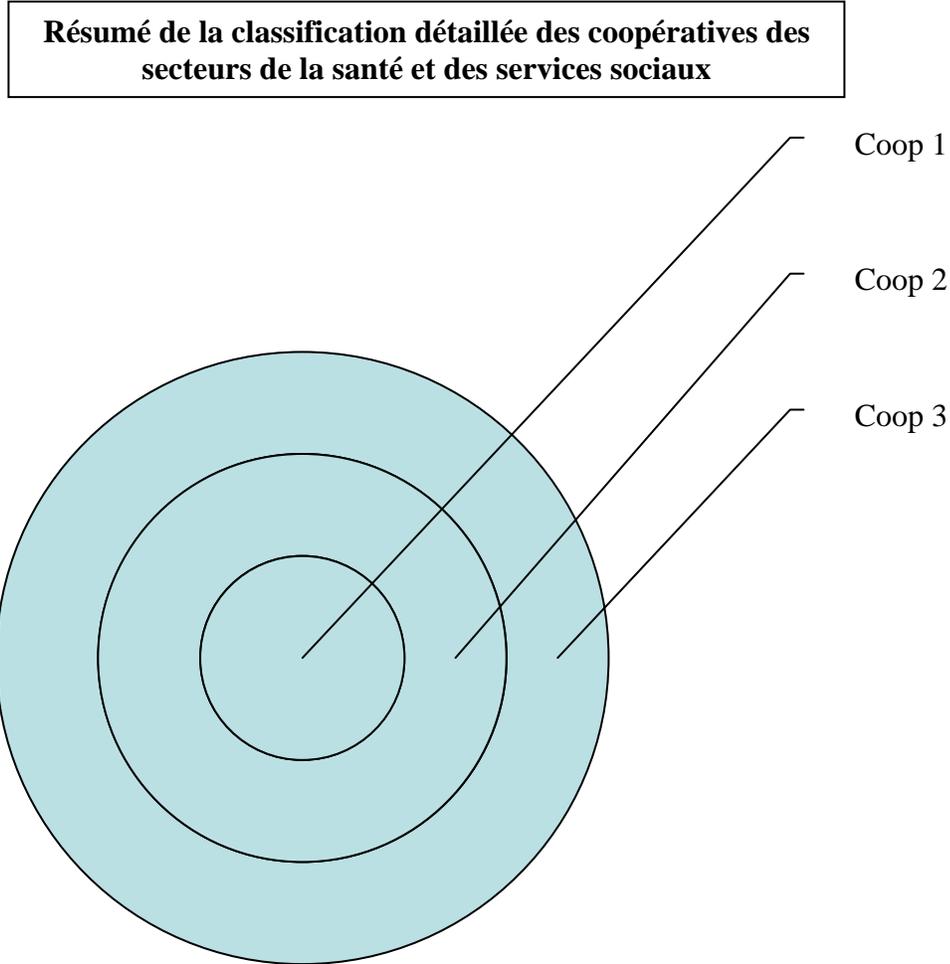
Afin de mieux connaître et comprendre la contribution des coopératives dans le domaine sociosanitaire, l'Organisation des Nations Unies, par le concours de son département de coordination des politiques et du développement durable, a publié en langue anglaise en 1997⁶ une recension des expériences internationales (1995-1997). Ces travaux ont aussi été édités en français et en espagnol en 1998. Pour les fins de ce rapport, nous reprenons la terminologie de l'ONU. Une première contribution importante de ces travaux est de décrire les diverses expériences de coopératives ou de réseaux de coopératives (sous la forme de regroupements ou de fédérations), leurs modes de financement et leurs champs d'activités⁷. Par ailleurs, ces travaux proposent une typologie ou un système de classification fort utile. La place occupée par une coopérative dans cette grille est déterminée par son type d'intervention dans le domaine de la santé et des services sociaux. En plus de permettre de classer les quatre grands types de coopératives, ce système propose trois degrés : la coopérative de base, qui regroupe des individus ou des individus et des organismes, la coopérative de second degré, qui compte dans ses rangs des organisations (coopératives ou non), et la coopérative de troisième degré, qui appartient à des coopératives de deuxième degré.

Au centre de cercles concentriques, on retrouve des coopératives dont l'objet unique ou principal est l'offre de services de santé et sociaux, dans un deuxième cercle, des coopératives dont l'objet concerne, mais non exclusivement, les secteurs de la santé et des services sociaux et finalement, un troisième cercle regroupe des coopératives dont l'objet premier n'est pas la santé ou les services sociaux, mais qui offrent un appui opérationnel aux coopératives des secteurs de la santé et des services sociaux.

⁶ Un des auteurs du présent rapport a corédigé, en 1996, un portrait sommaire de quelques cas de réseaux de coopératives de santé dans une dizaine de pays incluant une brève description de la structuration des systèmes de santé (Comeau et Girard, 1996).

⁷ Financement par des subsides fixés par des ententes contractuelles avec les pouvoirs publics et/ou des contributions des usagers, incluant des tickets modérateurs. Activités de nature curative et/ou préventive, etc.

FIGURE 1⁸



- Coop 1 : coopératives dont l'objet unique ou principal est la santé et les services sociaux.
- Coop 2 : coopératives dont l'objet concerne notamment, mais non exclusivement, les secteurs de la santé et des services sociaux.
- Coop 3 : coopératives dont l'objet premier n'est pas la santé ou le bien-être social, mais qui offrent un appui opérationnel aux coopératives des secteurs de la santé et des services sociaux.

⁸ Adaptée de Nations unies (1997)

Pour les fins de ce rapport, l'analyse se concentre prioritairement sur la première catégorie (services de santé de première ligne) avec quelques considérations pour la seconde.

5. ORGANISATIONS ET RÉSEAUX COOPÉRATIFS DANS LE DOMAINE SOCIO-SANITAIRE

Les ouvrages qui permettent de présenter un portrait synthèse international des coopératives dans le domaine socio-sanitaire sont peu nombreux. Ils se résument pour l'essentiel au rapport de l'ONU (1997), celui de *l'Allianza cooperativa internacional, America* (1999) et d'autres travaux ayant conduit à des portraits régionaux plus détaillés⁹. Il en ressort que, à l'exception de quelques grandes organisations, sur lesquelles nous élaborons dans ce rapport, les coopératives de santé demeurent largement méconnues. Leur présence semble toutefois devenir plus significative dans de nombreux pays.

Ainsi, on retrouve des coopératives dans la majorité des pays d'Amérique latine. Après le Brésil, leur présence est marquée en Colombie et en Argentine. Au Costa Rica, tel que l'a rapporté un des auteurs du présent rapport, elles occupent une place grandissante, mais plus encore, elles font preuve d'innovation à plusieurs égards : approche multidisciplinaire, accent sur la prévention, décentralisation des activités, etc. (Comeau et Girard, 1996). Aux États-Unis d'Amérique, la présence des coopératives de santé est peu documentée; quelques cas peuvent être répertoriés notamment sur le réseau Internet, dont le cas de *Group health* localisé à Seattle dans l'État de Washington¹⁰. Il est difficile de dégager une tendance fondamentale de ce qui se passe dans ce pays. En Asie Pacifique, elles se développent notamment en Corée du Sud, en Inde, au Sri Lanka et à large échelle en Malaisie et au Japon. Du côté de l'Afrique, comme l'enjeu en matière de santé est souvent celui de financer les services, c'est plutôt la formule de mutuelle de santé qui a pris racine, soit un mécanisme collectif de couverture d'assurance santé. La mutuelle peut être mise sur pied pour des gens d'une communauté ou encore pour des travailleurs d'une même profession. Ainsi, on en retrouve un certain nombre dans le domaine de la fonction publique (Solidarité mondiale, 1996). Au Bénin, des médecins ont fondé une coopérative.

En Australie, en Tasmanie plus précisément, à l'image de l'expérience britannique décrite ci-dessous, des médecins se sont regroupés en coopérative. Une coopérative de consommateurs a été créée en 1980 à Melbourne; elle offre une large gamme de services à une population vulnérable.

Le développement des coopératives semble davantage s'enraciner dans certains pays européens. En Suède, le mouvement coopératif est traditionnellement dominé par des grandes coopératives de consommateurs et de travailleurs bien établies. Elles se retrouvent surtout dans le secteur social. Elles se développent toutefois dans le secteur socio-sanitaire depuis les années 1990. En 1996, on comptait 21 coopératives de travailleurs en soins de

⁹ Ainsi, à l'initiative de l'Alliance coopérative internationale, section Amérique, un rapport présente une description des systèmes nationaux de santé des pays d'Amérique latine, ainsi que la place et le rôle des coopératives (Alianza Cooperativa Internacional, 1999). Une publication de la Chaire de coopération Guy-Bernier de l'UQAM reprend la typologie développée dans le rapport de l'ONU en 1997 pour l'appliquer à la situation du Québec (Girard et Garon, 2000).

¹⁰ Cette organisation qui combine des fonctions assurantielles et de prestation de services de santé est une des plus vieilles en son genre aux États-Unis. Elle compte plusieurs centaines de milliers de membres.

santé, 13 en soins aux aînés et 6 en soins psychiatriques (Girard et Comeau, 1996). En 2001, il y avait environ 100 coopératives offrant des services de santé ou médicaux; presque toutes sont la propriété des employés (coopératives de travailleurs). Au moins une mène des campagnes de sensibilisation grand public sur les saines habitudes de vie et prodigue des services conseils en la matière aux autorités municipales (Girard, Pezzini et Mailloux, 2000). Dans les années 1990, les changements dans la législation suédoise concernant les services sociosanitaires ont augmenté les responsabilités et l'autonomie des municipalités. Avec l'arrivée au pouvoir d'un gouvernement conservateur en 1991, les municipalités ont obtenu une enveloppe budgétaire du gouvernement central et plus de flexibilité pour l'organisation des services sociosanitaires. Toutefois, avec la crise des finances publiques, les ressources offertes ont diminué.

Cette décentralisation des politiques sociales en Suède est aussi observée en Finlande où on comptait 43 coopératives sociosanitaires en 1998. La grande majorité de ces coopératives ont été créées dans les années 1990 et appartiennent aux travailleurs. Les coopératives suédoises reçoivent en moyenne environ les 2/3 de leur financement du secteur public. Elles peuvent aussi recevoir de l'aide des municipalités (ex.: loyers modiques). Le développement des coopératives est étroitement lié à celui du financement public. Environ 90 % des coopératives de ce secteur ont un lien/contrat avec l'État. La situation finlandaise est un peu différente; les coopératives reçoivent très peu de financement public; les municipalités n'ont légalement pas le droit d'acheter des services des organisations privées. Dans ces pays, les débats sur la question sont très politiques et mettent en tension les rôles de l'État, des municipalités et des entreprises privées (Miettinen et Nordlund, 2000). Ces auteurs lancent un appel à une régulation plus claire de la part de l'État.

En Italie, la mise en place de l'État-providence s'est amorcée dans les années 1980, plus tard que dans plusieurs pays européens. L'application des politiques sociales se fait au niveau régional avec une législation nationale, ce qui conduit à des inégalités dans la redistribution entre le Nord et le Sud du pays. Le cadre juridique italien forme une base solide de développement des coopératives. La constitution prévoit le développement de formes organisées de solidarité; l'État peut confier la fourniture de certains services jugés nécessaires aux « communautés de travailleurs et d'usagers » (Fraisie et al., 2001). On y trouve un vaste réseau de coopératives sociales ou de solidarité sociale (4 500 en 1998) et plusieurs centaines interviennent dans le champ sociosanitaire (Girard, Pezzini et Mailloux, 2000). L'intérêt à l'égard de ces organisations est double : la base de sociétariat et les services offerts.

Le sociétariat se découpe souvent en deux ou trois grandes catégories, avec des sous-catégories. Ainsi, membres utilisateurs, membres bénévoles, membres travailleurs, et membres en insertion peuvent cohabiter au sein de la même coopérative. On retrouve donc un sociétariat pluriel et, tel que développé plus loin dans ce rapport, une base intéressante pour construire l'intérêt général. Ce concept de coopérative multi-sociétaire a servi d'inspiration à plusieurs autres pays européens¹¹.

Ces organisations sont aussi fort actives dans une large gamme de services de proximité dans l'univers sociosanitaire dont diverses prestations liées au maintien des personnes

¹¹ Ainsi, en France, on a introduit depuis quelques années la Société coopérative d'intérêt collectif.

âgées à domicile – services d'entretien, menus services, assistance à la personne – et aussi, dans un autre registre, la propriété et la gestion de résidences s'adressant, par exemple, à des personnes atteintes du SIDA et en phase terminale (Borzaga, 1997).

5.1 Japon, Espagne et Brésil : trois modèles¹²

Outre le fait que les organisations coopératives en santé de ces trois pays aient connu une croissance significative au point d'être aujourd'hui des acteurs incontournables et de plus en plus reconnus, on y retrouve des modèles organisationnels forts différents, notamment sur le plan du sociétariat. Le Tableau 1 permet de les comparer en fonction de certains aspects clés.

Les conditions d'émergence dans chacun de ces pays méritent d'être soulignées. Au Japon, au lendemain de la fin de la seconde guerre mondiale, l'adoption en mars 1947 d'une nouvelle constitution par la Diète (parlement national) jette les bases d'un régime parlementaire reposant sur la souveraineté populaire et ouvre de nouveaux espaces démocratiques, dont une nouvelle loi sur les coopératives de consommation adoptée en 1948. L'article 10 de cette loi reconnaît la possibilité d'activités médicales dans le champ de la santé. Avec l'appui du réseau des coopératives de consommation¹³, ces coopératives se développeront à un rythme très soutenu avec, entre autres, l'application du modèle des groupes Han, système original de mobilisation des sociétaires¹⁴. Un regroupement est formé : l'Association des coopératives de santé de l'Union japonaise des coopératives de consommateurs (ACSUJCS).

En Espagne et au Brésil, l'initiative du développement de coopératives de services de santé revient à des médecins. Ainsi, en Espagne, le docteur José Espriu est animé de la conviction que le modèle optimal en matière de santé est celui où médecins et patients participent à la cogestion des établissements de santé avec une finalité non lucrative¹⁵. Il s'agit d'établissements privés (qui ne sont pas la propriété de l'État), mais appuyés sur les principes coopératifs. Le docteur Espriu fonde ainsi à Barcelone, en 1957, une première coopérative du nom de *Asistència Sanitària Col·legial* (ASC). Son action va d'abord rayonner en Catalogne avant de s'étendre à toute l'Espagne.

Au Brésil, le docteur Edmondo Casthilo voit dans la mise en place d'une coopérative appartenant aux médecins une façon de s'organiser collectivement et d'avoir un meilleur contrôle sur leurs conditions d'exercice. C'est dans la ville de Santos que sera implantée la première coopérative en 1967. De cette première initiative se bâtira un réseau de plusieurs coopératives et de regroupements à l'échelle de ce pays-continent.

¹² Une partie importante des données rapportées dans cette section fait suite à un échange de correspondance avec Fumiko Kataoka, interprète auprès de l'Association des coopératives de santé de l'Union japonaise des coopératives de consommateurs, et José Perez, adjoint à la direction au sein de la Fondation Espriu (Barcelone, Espagne).

¹³ Il faut bien noter que ce réseau est celui évoluant principalement en milieu urbain. Un autre s'est développé en milieu rural avec l'appui des coops agricoles (*Min-iren*). Tel que mentionné plus tôt dans ce rapport (p. 13), c'est dans le milieu agricole que la première coopérative de santé fut mise en place dans les années 1910.

¹⁴ Expliqué plus loin dans le texte.

¹⁵ La réflexion du docteur Espriu se trouve condensée dans un ouvrage publié en 1995 (Espriu, 1995).

Le propos n'est pas ici de détailler le développement de ces diverses organisations, mais de reconnaître qu'en une quarantaine d'années, différentes ressources en matière de prestation de santé ont été mises en place : cliniques, hôpitaux, centres de recherche, instituts de formation et autres. En 2005, chacune de ces organisations rejoint des millions de citoyens. Toutefois, ces organisations se singularisent à plusieurs niveaux.

Sur le plan de la gouvernance, au Japon, le poids des utilisateurs est considérable. Il s'agit d'un réseau de coopératives de consommateurs. On retrouve donc des membres élus aux diverses instances de direction de ce mouvement. Les médecins sont aussi présents au même titre que les membres. On trouve le plus souvent un médecin à la tête du conseil d'administration d'une coopérative, mais il est élu par cooptation par tous les membres de ce conseil dont la majorité est composée des représentants des membres de la coopérative. Les médecins exercent une influence importante sur le plan de la gestion des hôpitaux et des cliniques, mais l'ensemble des activités d'une coopérative est sous l'administration de ses membres, c'est-à-dire par la communauté locale où cette coopérative est implantée.

Dans le cas des composantes de la Fondation Espriu en Espagne, comme il s'agit de diverses structures¹⁶, le portrait est plus contrasté, plus complexe. Les médecins et les usagers se partagent le pouvoir selon les composantes, mais globalement, les médecins sont plus présents. Ainsi, au conseil de la Fondation, on retrouve neuf médecins en plus de trois usagers. *Autogestió Sanitària co-operativa* est la propriété de 5 469 médecins et cette corporation détient *Asistència Sanitària Col·legial*, une compagnie d'assurance couvrant 198 425 personnes résidentes de la Catalogne. Ces personnes paient une prime. La compagnie d'assurance utilise prioritairement les services de la coopérative. Pour les soins hospitaliers, la priorité est accordée à l'hôpital de Barcelone (SCIAS), mais il y a entente avec 40 autres hôpitaux. La coopérative SCIAS a été créée par des personnes bénéficiant de couvertures de la compagnie d'assurance. Elle est propriétaire de l'hôpital de Barcelone. Son sociétariat est donc composé de 168 357 membres usagers et 768 membres travailleurs. Une autre coopérative, *Lavinia*, œuvre ailleurs en Espagne. Elle a mis en place en 1976 une compagnie d'assurance, ASISA, qui, au fil des ans, est devenue la plus importante compagnie privée d'assurance santé en Espagne. Elle possède un réseau de 16 cliniques privées et a des ententes avec plus de 600 cliniques privées. La coopérative est la propriété de plus de 20 000 médecins et plus de 1,5 M citoyens ont souscrit à une police d'assurance.

Du côté du Brésil, jusqu'à il y a quelques années, UNIMED était une organisation ne regroupant que des médecins. À la fin des années 1990, un regroupement d'usagers des services des médecins membres d'UNIMED a été créé (USIMED). Une information récente sur la gouvernance de cette structure n'est pas disponible, mais de façon générale, les diverses composantes d'UNIMED semblent toujours sous une direction où les médecins dominent.

¹⁶ Selon les représentants de cette fondation, la cohabitation de composantes au statut légal différencié s'expliquerait par les contraintes légales, par exemple, qui empêchent une coopérative de vendre des polices d'assurance.

En matière de financement, les trois cas présentent de nouveau d'importantes différences. Du côté du Japon, l'essentiel des prestations offertes par le réseau de coopératives à ses sociétaires est *remboursé* par les différentes caisses d'assurance maladie selon un barème fixé par l'État. Les assurés et les personnes à leur charge versent 30 % des frais directement aux hôpitaux ou aux cliniques. Pour devenir membre d'une coopérative, il faut souscrire une part sociale de qualification établie à 3 000 yens¹⁷. De plus, pour financer l'achat de nouveaux équipements et le développement de services, les coopératives font appel sur une base volontaire à une souscription additionnelle auprès des membres. Environ 25 % y répondent favorablement.

Un nombre croissant de coopératives sollicitent une contribution mensuelle supplémentaire de l'ordre de 500 yens par membre. Cette dernière pratique semble se systématiser ce qui ressemble de plus en plus à une forme de cotisation « obligée ». Les membres représentent en moyenne 70 % des usagers des services ambulatoires d'une coopérative et 90 % des malades hospitalisés. Il y a des pressions de la part de l'État pour augmenter cette proportion tel que l'illustre la réforme du système de santé adoptée par la Diète en 1997. Celle-ci prévoit une diminution du remboursement des médicaments et une augmentation de la prise en charge des dépenses de santé par les Japonais eux-mêmes.

Du côté de l'Espagne, en plus de la souscription de parts de qualification, au montant de 30 euros (€)¹⁸ pour la coopérative, 12 € sont exigés comme frais d'adhésion, de même qu'une contribution mensuelle de 3 €. Les usagers des services de santé des composantes de la fondation Espriu doivent contracter une assurance privée. Ce service est donc en sus de la couverture publique. Il n'y a pas de déduction fiscale auprès du régime public pour ces personnes. Du côté du Brésil, le système est totalement privé. Les citoyens qui souhaitent faire usage des ressources du réseau UNIMED doivent souscrire à une assurance privée. Le coût de souscription de cette police d'assurance constitue un frein pour les citoyens à faible revenu. En ce sens, d'un point de vue socioéconomique, ces services ne sont donc pas accessibles à une importante partie de la population.

Les modèles d'approche santé ou de pratiques médicales des trois organisations sont aussi fort différents. En fait, c'est l'organisation japonaise qui se singularise par une orientation marquée en matière de promotion et de prévention de la santé. De nombreux programmes ou initiatives de cette organisation sont exclusivement axés sur la promotion et la prévention de la santé. Ainsi, à titre d'exemple : école de santé s'adressant à des enfants, activités *diagnostic santé* auprès du grand public lors de rassemblements, journée de marche pour souligner la journée internationale de la santé tel que décrété par l'Organisation mondiale de la santé.

À la base de ces actions de promotion de la santé, il y a les groupes Han, petites cellules de 20 à 30 personnes par lesquelles les membres sont mobilisés. Il s'agit de voisins d'une même rue, d'un même quartier ou d'un même village qui, sur une base volontaire, se rencontrent généralement à un rythme d'une réunion par mois pour pratiquer ce que l'on pourrait qualifier de prévention active : applications de tests de mesure d'indicateurs santé (ex.: taux de sucre dans le sang), conférences avec un représentant de la coopérative de

¹⁷ En juin 2004, le taux de conversion était d'environ 100 yens pour un dollar CND.

¹⁸ Soit environ 48 \$.

santé sur les saines habitudes de vie, interventions dans la communauté, etc. (Comeau et Girard, 1996). En outre, ce réseau de coopératives se démarque par l'adoption d'une charte des droits des patients, notamment le droit d'avoir une information juste et transparente sur son état de santé. On retrouve cette charte à l'annexe 4.

TABLEAU 1

Coopératives de santé au Japon, Espagne, Brésil : éléments de comparaison

	Origine du projet	Structuration	Gouvernance	Effectifs	Conditions d'utilisation des services	Caractéristiques de la pratique
Japon : ACSUJCS	<ul style="list-style-type: none"> Loi et appui du réseau des coopératives de consommation 	<ul style="list-style-type: none"> Un réseau de coops de consommateurs (119) avec un regroupement national (ACSUJCS) 	<ul style="list-style-type: none"> Majorité d'usagers, présence de Md. dont à la présidence de CA 	<ul style="list-style-type: none"> Membership : 2,4 M individus et ménages 78 hôpitaux, 295 cliniques, 213 centres de réadaptation de jour, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> Souscription d'une part, paiement d'un léger ticket modérateur 	<ul style="list-style-type: none"> Fort accent sur la prévention et la défense des droits des patients
Espagne : Fondation Espriu	<ul style="list-style-type: none"> Un médecin (Md. José Espriu) voulant mettre en place un modèle de cogestion d'établissements santé, patient-prestataire 	<ul style="list-style-type: none"> Des structures hybrides – coopératives de médecins (2), compagnies d'assurance (2), et coopérative de consommateurs (1) – chapeautées par une fondation (Espriu) 	<ul style="list-style-type: none"> Exclusivité de Md. sur les CA à 2 exceptions : CA de la Fondation et de l'hôpital de Barcelone 	<ul style="list-style-type: none"> Membership : 25 000 médecins, 170 000 usagers 16 cliniques, un hôpital (Barcelone) Entente avec des établissements privés 	<ul style="list-style-type: none"> Souscription d'une part, d'un frais d'adhésion et d'une contribution mensuelle Capacité à défrayer le coût des services par une assurance 	<ul style="list-style-type: none"> Curatif, fort accent sur la mise à jour de la technologie
Brésil Unimed¹⁹	<ul style="list-style-type: none"> Un médecin (Md. Edmondo Castiho) cherchant à donner aux médecins un meilleur contrôle sur leur pratique 	<ul style="list-style-type: none"> Des coopératives de médecins regroupées en association régionale et en un regroupement national (incluant des filiales, assurances et autres) 	<ul style="list-style-type: none"> Médecins et usagers²⁰ 	<ul style="list-style-type: none"> Membership : plus de 100 000 médecins Un réseau d'établissements (cliniques et hôpitaux) Entente avec des établissements privés 	<ul style="list-style-type: none"> Capacité à défrayer le coût des services (en espèce ou par une assurance) 	<ul style="list-style-type: none"> Curatif

¹⁹ Cette organisation a connu, au début des années 2000, une division qui a emmené des médecins à se retirer et créer, à Sao Paulo, une organisation UNIMED dissidente. Des efforts importants de réunification étaient cependant en cours en 2004.

²⁰ À la fin des années 1990, une composante USIMED regroupant une partie des consommateurs (patients) d'UNIMED a été créée.

5.2 Royaume-Uni : les coopératives dans le domaine de la santé, une expérience récente

Les tendances observées au Royaume-Uni sont particulièrement intéressantes du fait que le Canada s'est largement inspiré du modèle de financement des services de santé développé dans ce pays au cours des années 1940. Ce modèle est dit de Beveridge, du nom du ministre de la santé alors en fonction. Ce modèle préconise un accès universel aux services de santé avec un financement par les deniers publics (imposition, taxes et autres). Avant sa mise en place, des centaines de mutuelles (*friendly societies*) offraient des couvertures d'assurance santé. Fait intéressant, la mutuelle de Benenden (*Benenden Healthcare Society*), fondée en 1905, n'a jamais cessé ses opérations et regroupe aujourd'hui plus d'un million de mutualistes et possède son propre hôpital. Par ailleurs, depuis le milieu des années 1980, des médecins se sont regroupés pour former ce qui s'apparente à des coopératives de producteurs. Des ententes avec les autorités sociosanitaires locales permettent à ces coopératives d'assurer une couverture de soins et services à la population en soirée, la nuit et les fins de semaine. Selon les informations disponibles, depuis les vingt dernières années, plus d'une centaine de ces coopératives auraient vu le jour et contribueraient à améliorer la performance générale du système de santé par un meilleur fonctionnement du système de gestion des appels de types conseils (système info-santé) ou références-interventions. Ce développement peut être associé à un mouvement de création de partenariats entre le secteur public et le secteur privé dans ce pays. Ce mouvement émerge des orientations données par le gouvernement conservateur au début des années 1990.

Une étude a été menée auprès de 7 coopératives (Hallam et al., 1999) offrant des services d'urgence dans 16 centres. Ces centres d'urgence sont localisés dans des hôpitaux communautaires (5), des centres de traumatologie (2), d'autres départements hospitaliers (2), des cliniques de médecine de première ligne (2), des cliniques de santé communautaires (2) et autres (2). L'étude rapporte que les médecins sont devenus membres principalement pour améliorer leur qualité de vie, répondre à une augmentation de la demande et augmenter l'attractivité de la médecine de première ligne. Les objectifs visés par les membres semblent être atteints. De plus, une enquête menée auprès de 400 patients de chacune de ces coopératives révèle une grande satisfaction, notamment pour le temps de réponse. On retrouve en annexe de ce rapport le cas d'une telle coopérative localisée dans la ville de Londres, SELDOC. Cette coopérative regroupe plus de 450 médecins et couvre une population d'un peu plus d'un million de citoyens du secteur sud-est de la capitale britannique.

Par ailleurs, quelques coopératives de consommateurs sont engagées dans des services de gériatrie et de pédiatrie. Enfin, depuis quelques années, le gouvernement britannique expérimente la mise en place de fiducies d'hôpitaux (*hospital trusts*). En quelques mots, selon une perspective de subsidiarité, on veut renforcer le support et l'implication du milieu pour les services de santé offerts par les hôpitaux. Différentes parties prenantes – regroupements d'employés, organismes bénévoles, centres de formation en santé – sont donc invitées à devenir membres pour participer à diverses instances du système de gouvernance, dont un bureau de direction (*governing board*) qui voit à la supervision des dimensions stratégiques et la nomination d'administrateurs. Ce mécanisme est tout à fait nouveau, car traditionnellement ces personnes sont désignées. Plus du quart des

établissements hospitaliers sous la responsabilité du National Health Services (NHS) sont engagés dans cette voie. Globalement, il s'agit donc d'un important processus de décentralisation au sein d'une organisation par ailleurs reconnue pour ses fortes poussées centralisatrices et sa taille impressionnante²¹.

5.3 Le Canada, un foisonnement d'expériences

À l'exception du cas de la coopérative de santé mise en place dans la ville de Québec en 1945, les coopératives dans le domaine de la santé se développent au Canada depuis un peu plus d'une quarantaine d'années. Le Tableau 2 expose les données les plus récentes (2000).

TABLEAU 2

Coopératives de santé au Canada²²

Régions ou provinces	Coops de services de santé	Coops de services à domicile	Autres	Total
Colombie-Britannique	2	1	5	8
Alberta (4)/ Saskatchewan (13)/ Manitoba (4)	7	2	12	21
Ontario	4	2	2	8
Québec	7	44	22	73
Nouveau-Brunswick (0)/ Nouvelle-Écosse (5)/ Île-du-Prince-Édouard (7)/ Terre-Neuve/Labrador (1)	3		10	13
Yukon, TNO, Nunavut				0
Canada	23	49	51 ^(a)	123

(a) On retrouve dans cette catégorie des sous-ensembles, par exemple des coopératives de techniciens-ambulanciers (7), des coopératives de professionnels offrant des prestations particulières (information, massothérapie, intervention sociale), etc.

Il faut retenir de ces statistiques qu'à l'exception des cliniques communautaires²³ de la Saskatchewan, et plus récemment des coopératives de services à domicile au Québec²⁴, il n'y a pas de regroupements de ces coopératives. Ceci exprime donc un certain isolement des projets et une phase d'expérimentation qui se poursuit. En y regardant de plus près, il existe une importante différence entre les cliniques communautaires de la Saskatchewan et

²¹ Le NHS embauche plus d'un million et demi d'employés, ce qui, à l'échelle internationale, en fait, dans le domaine public, la troisième organisation en importance dans le champ sociosanitaire.

²² Ce tableau est le résultat du recoupement de statistiques sur les coopératives provenant du Secrétariat aux coopératives (gouvernement du Canada) et de la Direction des coopératives (gouvernement du Québec).

²³ Bien que ces organisations (5) se qualifient de cliniques communautaires (*community clinics*) et qu'il n'y en a que 3 ayant un statut juridique de coopératives, elles ont toutes des règles d'actions propres aux coopératives, entre autres en matière de sociétariat (Assoumou Ndong et Girard, 2000).

²⁴ La Fédération des coopératives de services à domicile du Québec a été mise en place en 1996 et regroupe une trentaine de la quarantaine de coopératives actives dans ce domaine.

le mouvement émergeant de coopératives de services de santé au Québec qui compte déjà six organisations²⁵. Dans le premier cas, il s'agit d'organisations liées par entente contractuelle avec les autorités sanitaires publiques : un subside est offert à la coopérative en fonction du type de couverture et des services convenus. Les employés sont salariés, y compris les médecins, et on encourage une forte participation des citoyens à diverses instances décisionnelles de l'organisation. On y développe une approche santé de type multidisciplinaire qui s'appuie sur une conception holistique de la santé (approche bio-psycho-sociale). En outre, ces organisations ont une forte préoccupation à l'égard des questions de prévention, en particulier auprès des premières nations.

Au Québec, il y a une grande indépendance des coopératives à l'égard des autorités publiques en santé. Pour l'essentiel, la coopérative loue des espaces à des professionnels de la santé qui à leur tour offrent leurs services à des utilisateurs. Ces professionnels ne sont donc pas employés de la coopérative. Dans le cas des médecins, ils sont rémunérés sur la base d'un paiement à l'acte (Assoumou Ndong et Girard, 2000; Assoumou Ndong, 2001). Cependant, depuis 2004, la mise en place d'une coopérative à Aylmer est venue modifier le portrait. Cette coopérative fait l'objet d'une présentation plus détaillée en annexe, mais à cette étape, disons qu'à l'exception des médecins, le personnel est salarié de la coopérative. Cette dernière ne tire cependant aucun revenu d'ententes avec les autorités publiques de santé. Élément intéressant à souligner, à une exception près, les coopératives de services de santé au Québec possèdent toutes le statut de coopérative de solidarité; elles ont donc une structure associative s'ouvrant à diverses catégories de parties prenantes.

Une autre perspective pourrait être d'observer plus attentivement le cas des services à domicile. En effet, il faut relever leur remarquable développement depuis 1997 sous un modèle d'entreprises collectives (organismes à but non lucratif ou coopératives). Le besoin d'une meilleure prestation de services d'aide à domicile aux personnes âgées qui souhaitent demeurer dans leur résidence a été reconnu en 1996 par les participants au Sommet sur l'économie et l'emploi organisé à l'initiative du gouvernement du Québec. L'État a par la suite mis en place une série de mesures facilitant le développement d'entreprises collectives²⁶. Un processus d'accréditation permet de ne reconnaître qu'une telle organisation par territoire de CLSC; ces organisations ne peuvent donc pas être en concurrence entre elles. Ainsi, depuis 1997, 103 entreprises dites d'économie sociale en services à domicile ont été créées au Québec. Ces organisations se répartissent comme suit : environ 55 % sous forme d'organisme à but non lucratif et 45 % sous forme coopérative, dont la vaste majorité sous statut de coopérative de solidarité. Il existe deux regroupements de ces entreprises, soit le Regroupement des entreprises d'économie sociale en services à domicile et la Fédération des coopératives de services à domicile du Québec. En quelques années, ces organisations ont connu un développement remarquable.

²⁵ Incluant une coopérative offrant l'accès à des professionnels de médecine douce, la coopérative de solidarité *La Corvée*, à Saint-Camille, dans la région de l'Estrie, au Québec.

²⁶ La mesure la plus structurante est certainement l'adoption d'un programme soutenant la demande de ces services soit le PEFSAD, le Programme d'exonération financière pour les services d'aide à domicile. Les usagers n'ont ainsi à déboursier qu'une partie du coût de la prestation offerte par la coopérative. Ce programme est modulé en fonction du niveau de revenu et de la taille des ménages. Sur une base de facturation de 14 \$/l'heure, la contribution de l'utilisateur varie entre 4 \$ et 10 \$ par heure de prestation; le solde est défrayé par le PEFSAD.

Ainsi, selon des données pour l'exercice 2002-2003, on relève que ces organisations embauchent près de 6 000 personnes, génèrent un chiffre d'affaires de 91 M \$ et ont vendu un total de 5,5 M d'heures de prestation (Chagnon, 2004).

Au-delà de ces données statistiques, l'intérêt de mieux connaître ces expériences eu égard à cette recherche est le fait que, souvent sous base d'ententes de services, ces organisations travaillent en étroite collaboration avec des organisations publiques, les Centres locaux de services communautaires (CLSC). Elles ont habituellement une relation de sous-traitance pour divers services, notamment les interventions auprès de populations vulnérables comme les personnes âgées en légère perte d'autonomie.

Le réseau des coopératives de techniciens-ambulanciers est aussi fort développé au Québec. Ce réseau de coopératives de travail, qui offre des services publics d'urgence et de protection de vie ainsi que des soins préhospitaliers d'urgence et de transport adapté, a tout près de 40 % du marché extérieur à Montréal. Dans des régions comme Québec, Gatineau et Trois-Rivières, les coopératives ont une position dominante dans le secteur du transport en ambulance. Des ententes-cadres régissent les relations entre ces organisations et leurs répondants des services publics de santé. Cet élément est repris dans la prochaine section.

6. CONTRIBUTION DES COOPÉRATIVES DANS LE DOMAINE SOCIOSANITAIRE

6.1 Liens avec le système public de santé (gouverne et types de partenariats)

De façon générale, dans les pays recensés, il apparaît que le type de coopérative et la nature des services offerts sont largement influencés par l'étendue des rôles et fonctions de l'État dans ce domaine ou, en d'autres mots, par l'espace qui leur est alloué par l'État. Un développement plus accéléré est d'ailleurs observé depuis le début des années 1990, notamment en Europe, depuis que les États éprouvent des difficultés à répondre aux besoins croissants en matière de santé et services sociaux. Un retrait progressif de l'État vient modifier l'aménagement de ses fonctions de régulateur, d'assureur principal, de gestionnaire et d'employeur. Nous nous appuyons sur les exemples rapportés pour en expliquer les principales conséquences pour les coopératives.

Jusqu'à présent, dans des pays comme la Suède et le Canada, les États ont surtout développé des rapports de sous-traitance avec des coopératives offrant des services complémentaires aux soins de santé (ex.: services à domicile, activités de prévention). Ceci permet à l'État de réduire ses fonctions de gestionnaire et d'employeur. En Suède, ceci a d'ailleurs favorisé l'apparition de coopératives de travailleurs. Bien qu'utile au développement des coopératives, cette situation les place toutefois dans une position de dépendance envers l'État. Ceci peut créer des tensions au sein des coopératives et dans leurs rapports avec les organisations publiques. Par ailleurs, le maintien de besoins non comblés pour la population, souvent à cause de ressources financières insuffisantes, crée une pression pour un retrait plus important de l'État. Ceci peut avoir plus d'une conséquence. En premier lieu, une plus grande charge financière peut être progressivement exigée des consommateurs. Rappelons l'exemple du Japon à cet égard. En deuxième lieu, l'État peut progressivement se retirer de l'offre de soins et services

directs de santé ou limiter son intervention dans ce domaine. L'existence d'hôpitaux appartenant à des coopératives en Espagne et au Brésil et celle de cliniques d'urgence au Royaume-Uni en sont des exemples. Ces organisations jouissent d'une plus grande autonomie face à l'État puisqu'elles peuvent offrir des services directement à leurs membres en substitution aux services publics²⁷. Des ententes contractuelles peuvent aussi leur permettre d'agir en complémentarité avec les services publics. Dans ce cas, le rapport avec l'État se rapproche davantage des alliances stratégiques. En troisième lieu, l'État peut se soustraire progressivement de sa fonction d'assureur principal. Les cas du Japon, de l'Espagne et du Brésil sont éloquentes sur ce plan. De tels développements peuvent favoriser la création de systèmes parallèles à celui de l'État.

De façon générale, ces tendances forcent les États à revoir leur système de régulation. Leur fonction de gardien de l'intérêt public le commande. Jusqu'à présent, peu d'États semblent avoir repensé leur système de régulation de façon à soutenir le développement des coopératives par rapport aux entreprises privées marchandes. Le modèle du Japon peut servir d'exemple et plus récemment, celui du Royaume-Uni. Bien que très différents, ces modèles proposent des formes de participation collective innovatrices pour le Canada.

Pour des pays comme le Canada, où le système de santé est public et s'appuie sur des principes d'équité et de solidarité, les coopératives offrent des possibilités intéressantes. Les buts visés par l'État et les coopératives trouvent un terrain de rencontre. La recherche de l'intérêt public se matérialise dans les coopératives par la recherche des intérêts des membres plutôt que le profit. À cet égard, la participation active des consommateurs à la gouverne des organisations est un avantage. Elle permet un arbitrage des différents intérêts par un processus démocratique régi par des règles de participation. Une participation active de la population à la définition des grandes orientations du système de santé est difficile à obtenir au Canada. Une participation directe des consommateurs au niveau d'organismes actifs à l'échelle locale est souhaitable. Une plus grande mobilisation des consommateurs pourrait être source d'innovation dans un système auquel on reproche sa trop grande bureaucratisation. Il apparaît que les coopératives et leurs modes de fonctionnement offrent des possibilités nouvelles encore ignorées.

La présence d'organisations coopératives dans l'offre de services de santé peut aussi être vue comme une occasion de favoriser l'engagement de la société civile à divers niveaux institutionnels et organisationnels : planification, administration, évaluation des services. Cet élément est à considérer tenant compte de l'évaluation critique de la participation citoyenne dans les diverses instances du réseau public de la santé, participation généralement qualifiée « d'instrumentalisée et ou symbolique » (Church et al. 2001). Plus globalement, comme le soutient Paquet (1999), prenant acte de « l'habitus centralisateur et homogénéisateur de l'État », il y a un enjeu « d'investir dans un capital social renouvelé : il faut que les citoyens actifs se fassent producteurs de gouvernance ».

Rappelons que la récente contestation juridique de la constitutionnalité de la loi canadienne sur les services de santé ouvre des débats sur cette question. Diverses formes de

²⁷ Dans le cas du Brésil, faute de ressources adéquates en matière de prestation de services, la présence de l'État est limitée.

partenariat entre les secteurs public et privé apparaîtront fort probablement dans le domaine de la santé.

Ce contexte particulier de changement est une occasion importante pour réfléchir aux avantages que pourraient offrir les coopératives dans ce domaine encore peu exploité. À cette fin, le cas de la Coop Santé Aylmer, présenté en annexe, peut être vu comme un précurseur. Les réflexions suggérées par cette expérience pourraient soutenir une représentation auprès de l'État pour influencer les changements dans le système de régulation.

À nouveau, le cas des services à domicile au Québec peut servir de repère. Pour Vaillancourt et Jetté, ces organisations sont engagées dans un processus d'institutionnalisation, soit un processus de reconnaissance et de diffusion par les pouvoirs publics d'une pratique ou d'une initiative qui, auparavant, devait son existence à des acteurs locaux et sectoriels. La configuration du mode de régulation qui caractérise les services aux personnes par les entreprises d'économie sociale devrait s'appuyer sur une régulation démocratique et solidaire :

...l'État et le secteur public acceptent d'établir des relations partenariales avec les acteurs de l'économie sociale, c'est-à-dire des relations où il y a de la place pour les échanges partenariaux, où la culture et le point de vue de l'économie sociale influent sur les décisions des pouvoirs publics qui les concernent. Une telle régulation solidaire est prometteuse pour la qualité des services et des emplois : participation des usagers et des travailleurs aux instances décisionnelles, emplois permanents, véritable partenariat institutionnalisé, respect de l'autonomie des organismes, etc. (Vaillancourt et Jetté, 2003)

Une relation partenariale avec l'État et non tutélaire est donc souhaitable, particulièrement sous l'angle de l'intérêt public. Pour diverses raisons, méconnaissance, préjugés ou autres, on a sous-estimé la contribution des entreprises collectives à cet égard. Pourtant, tel que présenté dans la partie 4 de ce rapport, les règles de fonctionnement des coopératives témoignent de cette contribution : finalité non lucrative, ouverture non discriminatoire à devenir membre, instrumentalité du capital (plutôt que d'être érigé en finalité), solide ancrage territorial et recherche d'externalités positives tel l'engagement dans des campagnes d'éducation populaire. On pourrait aussi évoquer la poursuite d'actions à moyen et long terme tel le développement d'une programmation en matière de prévention. L'énumération de ces règles de fonctionnement met en évidence la synergie possible entre les actions de l'État et celles des entreprises collectives.

La formule coopérative peut se déployer selon diverses déclinaisons de sociétariat : coopératives d'utilisateurs, coopératives de producteurs, etc. Il semblerait que la promotion de l'intérêt général pour une coopérative serait plus aisée dans un contexte de multiples parties prenantes plutôt que d'une seule. On parle donc ici de coopératives comprenant plusieurs catégories de membres, ce que l'on peut qualifier de coopératives multi-sociétaires (*multistakeholder*). L'idée, comme l'a formulée Vaillancourt et Jetté (2003) en s'inspirant de Borzaga et Santuari²⁸ (1997), est simplement que la présence

²⁸ Le concept *multistakeholders* est expliqué par Borzaga et Santuari en faisant notamment référence au cas des coopératives sociales italiennes qui, tel que présenté ailleurs dans ce rapport, peuvent avoir différentes configurations de sociétariat : membres travailleurs, membres bénévoles, membres utilisateurs, etc.

d'une multiplicité de porteurs d'intérêts aux instances de gouverne de l'organisme enrichit la qualité démocratique du processus décisionnel. Ultimement, par les processus de délibérations et la formulation de compromis entre les groupes d'intérêt concernés, c'est davantage l'intérêt général qui en sort gagnant plutôt que l'intérêt d'un seul groupe, comme ce pourrait être le cas s'il s'agissait d'une coopérative ne comptant que des membres utilisateurs ou encore, des membres travailleurs. « Pour construire un bien supérieur, il faut favoriser la circulation de l'information et la construction d'espaces publics qui permettent le débat » (Lévesque, De Bortoli et Girard, 2004). La **démocratie délibérative**, qui fait appel à la délibération pour produire des choix éclairés et validés socialement, en est donc le mécanisme d'expression. Ce concept de coopérative multi-sociétaire exprime aussi l'idée d'une construction conjointe de l'offre et de la demande par ces diverses parties prenantes.

L'État peut adopter un rôle proactif, prendre des initiatives qui vont faciliter le développement de ces organisations. Il est évoqué ailleurs dans ce rapport le cas de l'Italie, de l'Espagne et du Portugal qui vont jusqu'à reconnaître le rôle des entreprises collectives, en particulier les coopératives, dans leur constitution. En Italie, le développement des milliers de coopératives sociales œuvrant notamment en matière de prestation de services sociosanitaires n'aurait pu se faire sans des actions concrètes de l'État : soutien financier, contrats, allocation de marchés et même protection de marchés. Une observation minutieuse de ces organisations nous apprend aussi qu'à l'échelle locale, de nombreux partenariats existent entre les coopératives sociales et les autorités municipales (Girard, Pezzini et Mailloux, 2000). L'exemple québécois du développement récent des entreprises d'économie sociale dans les services à domicile illustre la capacité réelle de l'État de créer et protéger un espace de développement aux entreprises d'économie sociale.

Le cas des coopératives de techniciens-ambulanciers au Québec est un autre exemple permettant des apprentissages sur le plan des moyens pour soutenir le développement de relations contractuelles État-coopérative. En 1987, dans un contexte de relations de travail difficiles, les techniciens-ambulanciers d'une entreprise localisée sur la rive-sud de Montréal, encouragés par leur syndicat affilié à la Confédération des syndicats nationaux (CSN), décident d'acquérir l'entreprise qui les employait. L'adoption de la loi 34 concernant la réorganisation des services ambulanciers a aussi été un important incitatif pour les propriétaires à vendre leurs organisations aux travailleurs. En peu de temps, quatre autres coopératives sont fondées. Celles-ci ont par la suite procédé à l'acquisition des permis des compagnies de services ambulanciers concurrentes pour engager leur développement. Tous les moyens propres à soutenir le développement des coopératives de travail au Québec ont été utilisés, dont le Régime d'investissement coopératif²⁹ et les programmes de prêts et de garantie de prêt offerts à ce moment par la Société de développement coopératif³⁰. Ce service est très réglementé, encadré et contingenté. C'est la loi sur les services ambulanciers, adoptée en 1990, qui détermine quels territoires sont accordés à chaque transporteur. Comme le soulignent Girard et Garon (2000) :

²⁹ Ce régime, mis en place par le gouvernement du Québec en 1985, propose un incitatif fiscal à l'investissement de membres sous forme de parts privilégiées dans leur coopérative.

³⁰ Programmes qui ont été intégrés en 1991 dans la Société de développement industriel. Cet organisme a changé son nom pour Investissement-Québec en 1999.

Depuis juin 1992, le ministère de la Santé et des Services sociaux applique les orientations retenues par un comité consultatif sur le système intégré de services préhospitaliers d'urgence. Ainsi par l'intermédiaire de ses instances régionales, il fixe le nombre de permis et signe avec les entreprises ambulancières des contrats de services comportant des paramètres budgétaires spécifiques. Le secteur est dit normalisé, c'est-à-dire qu'il fonctionne avec un budget fermé, un programme d'assurance qualité, des cours de formation de base totalisant 810 heures, etc.

En somme, comme le mentionnent Restakis et Lindquist (2001) dans une récente publication de l'Institut d'administration publique du Canada, lorsque l'on regarde du côté de prestations alternatives aux services publics, le modèle coopératif se révèle fort pertinent sous au moins trois perspectives :

1. Capacité de promouvoir ou d'être porteur du bien public;
2. Forte réactivité – ou capacité d'adaptation – du modèle coopératif aux besoins des personnes et niveau important d'imputabilité et;
3. Modèle d'offre de services caractérisé par l'innovation, l'efficacité et l'habilitation (*empowerment*) des milieux locaux sans pour autant sacrifier le sens de la communauté, les consensus et les responsabilités partagées.

6.2 Impacts socioéconomiques

Le recensement des écrits effectué ne nous a pas renseignés sur les impacts socioéconomiques des coopératives dans le domaine de la santé. Certaines explications peuvent être avancées.

Rappelons que l'analyse des impacts socioéconomiques permet de mesurer les impacts potentiels des décisions économiques et sociales d'une entreprise, d'un gouvernement ou des consommateurs sur une économie. Les décisions qui affectent l'emploi (ex.: établissement d'une nouvelle entreprise/organisation, fermeture d'une usine/organisation, expansion d'une entreprise/organisation existante, investissements publics dans les infrastructures) ont toutes des impacts dans l'économie « locale ». Les analyses d'impacts socioéconomiques évaluent l'impact des décisions économiques et sociales sur la production de biens et services dans une économie, sur l'emploi et sur le revenu personnel (Broomhall, 1993).

L'appréciation des effets et des impacts de la coopérative de santé sur l'économie et la société (ou la communauté) est une dimension centrale de l'évaluation stratégique de la coopérative de santé. Mais comment mesurer ces impacts socioéconomiques de la coopérative de santé?

Pour mesurer ces impacts, il faut postuler un modèle conceptuel : une activité autonome nommée « la coopérative de santé » produit des résultats qui sont injectés dans un corps extérieur nommé « la société » ou bien la « communauté », cette dernière est alors modifiée, faisant apparaître des « impacts ». Dans ce modèle, la mesure de ces impacts est la différence entre l'état de la communauté « avec » et « sans » coopérative de santé. « L'efficacité » est le ratio du volume de ces impacts (mesurés en valeur monétaire) sur le coût de la coopérative implantée.

À l'évidence, la coopérative de santé, avec ses articulations à la communauté, est tout sauf un tel enchaînement linéaire, séquentiel et mécaniste, qui autoriserait ce type de modélisation. Tous les enseignements de l'économie et de la sociologie des coopératives conduisent au contraire à un schéma descriptif des processus à l'œuvre dans les relations coopérative-communauté qui est celui du fonctionnement en réseau où une diversité d'acteurs internes et externes à la coopérative sont en interaction, simultanément engagés dans la création, la validation et l'opérationnalisation du projet de coopérative. Essayer d'attribuer un différentiel d'effets observés (d'ailleurs, lesquels? observés sur quelle période de temps?) à un incrément de « coopérative de santé », elle-même liée à un incrément de « ressources » (répertorié comme causalité isolable dont on apprécierait le rôle spécifique « toutes choses étant égales par ailleurs ») est un exercice intrinsèquement vain (Barré Rémi, Observatoire des Sciences et des Techniques, www.obs-ost.fr).

Doit-on alors considérer comme sans intérêt les travaux analytiques sur la question des impacts socioéconomiques? Doit-on abandonner l'appréciation des impacts socioéconomiques comme dimension de l'évaluation stratégique de la coopérative de santé?

La réponse à ces deux questions est négative, à condition de redéfinir l'objet du travail analytique, de le considérer dans le contexte de l'évaluation stratégique et de situer ce dernier dans le processus élargi de production des connaissances sur le modèle coopératif. Devant la complexité des études d'impacts socioéconomiques, particulièrement pour un secteur comme celui de la santé et du bien-être, force est de constater que les chercheurs se tournent plus souvent vers des études plus ciblées et circonscrites en utilisant d'autres modèles comme l'analyse coût-efficacité et l'analyse coût-utilité, avec leurs limites.

Une étude sur l'impact économique des coopératives au Minnesota (Folsom, 2003) confirme que la littérature sur les impacts des coopératives dans leur communauté et région montre l'utilisation soit d'une approche par « étude de cas » (analyse des impacts fiscaux et des impacts sur l'emploi des entreprises coopératives), soit, à moindre mesure, d'une autre méthode d'analyse des impacts (ex.: modèle Input/Output). La méthode de l'étude de cas est très souvent descriptive et parfois subjective, avec quelques données statistiques sur les finances et l'emploi dans les coopératives. La revue de littérature de l'étude du USDA (Folsom, 2003) nous indique que les études précédentes mentionnent presque toutes la difficulté de quantifier les bénéfices des coopératives en termes de dollars et concluent que : « parce que la relation entre la coopérative et sa communauté est tellement importante, les coopératives font face au défi majeur de clairement documenter et décrire les bénéfices qu'elles créent, non seulement pour leurs membres, mais aussi pour la communauté plus large ». Malheureusement, la méthode d'étude de cas, souvent employée, ne permet pas de quantifier l'amplitude des impacts des coopératives, notamment en termes de dollars. Une étude des coopératives en Suède (Folsom, 2003) indiquait à juste titre qu' « une revue de littérature montre que les impacts des coopératives sur le développement économique local est une problématique de recherche à l'abandon ou négligée ».

Cette réflexion sur les difficultés liées aux analyses d'impacts socioéconomiques des coopératives de santé renforce l'importance de développer une connaissance approfondie

des expériences en cours et d'en faire des études de cas systématiques. Leur développement futur dans le contexte canadien y est certainement lié.

Par ailleurs, dans le secteur social, des recherches de type qualitatif réalisées au Centre de recherche sur les innovations sociales de l'Université du Québec à Montréal ont démontré l'impact positif du modèle coopératif sur la cohésion sociale selon cinq dimensions, soit la territorialité, l'accessibilité, l'employabilité, la démocratisation et la connectivité.

Il s'agit des cas d'une coopérative de services de santé alternatifs et de services d'animation auprès de personnes âgées et d'une coopérative de services à domicile s'adressant principalement aux personnes âgées de son territoire d'activité (Langlois à paraître 2004 a et 2004 b). Leur impact est remarquable en matière d'accessibilité; les organisations font preuve de beaucoup d'innovation afin de permettre au plus grand nombre de personnes possible d'avoir accès aux services existants et aussi pour développer de nouveaux services en harmonie avec les besoins exprimés par les membres. Sur le plan de l'employabilité, le cas de la coopérative en services à domicile, comme celui des autres organisations collectives évoluant dans ce domaine, illustre un souci d'intégrer sur le marché du travail des personnes exclues de longue date et de leur offrir des conditions de travail intéressantes. La formation offerte vise à développer et renforcer leurs compétences.

La démocratisation est peut-être la sphère la plus exigeante, en particulier pour les coopératives multi-sociétaires. Des apprentissages par les acteurs concernés (utilisateurs, travailleurs, gestionnaires, membres dirigeants) doivent se faire pour mieux assumer la gestion et l'administration de ces organisations, organisations basées sur la cohabitation de multiples intérêts. Enfin, pour la dimension connectivité ou réseautage, l'apport de ces organisations mérite d'être souligné. Tant pour leur mise en place que pour leur développement, elles permettent une intense mobilisation du capital social. Elles contribuent à briser l'isolement, créer et densifier des liens sociaux. Les résultats de ces travaux sur les dimensions étudiées convergent avec ceux se dégageant des travaux de Vaillancourt, Aubry, Jetté et al. (2003) portant sur les entreprises collectives dans les services à domicile.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

L'étude publiée par Angus en Manga en 1990 propose une revue des impacts socioéconomiques des centres de santé communautaire, incluant les coopératives d'utilisateurs. Première en son genre au Canada, cette étude a eu l'avantage d'exposer de façon explicite les retombées positives de ces organisations, entre autres en matière de coûts, de pratique professionnelle, d'engagement dans l'innovation et autre. Le rapport souligne l'importance de relever le défi de développer ce type d'organisation faisant appel à une participation du public. Depuis, des efforts ont été consentis pour développer les services de première ligne, mais malgré certaines mesures mises en place visant à favoriser une plus grande participation de la population à la prise de décision, celle-ci demeure éloignée du processus. Il est aussi important de souligner que depuis 1990, la problématique de la transformation et adaptation des services de santé aux besoins de la population se pose différemment. À cet égard, une révision des rôles et fonctions de l'État est au premier plan. Ceci a pour conséquence de stimuler une réflexion sur une participation plus importante d'organisations non publiques à l'offre de soins et services de santé. D'autres facteurs ont aussi modifié la situation, soit le vieillissement de la population, une pression à la hausse du coût des médicaments et des équipements technologiques, etc.

Prenant acte de cette conjoncture, la présente étude se concentre sur la seule réalité des organismes ayant un statut coopératif. Ceci permet d'une part d'éclater le concept de coopérative dans ses applications plus fines de sociétariat, non seulement en reprenant le modèle des coopératives de consommateurs, mais en y intégrant aussi les coopératives de travailleurs, les coopératives de producteurs et le très stimulant cas des coopératives multi-sociétaires. D'autre part, ceci offre l'opportunité d'ouvrir sur la riche contribution dans le domaine de la santé d'exemples étrangers, dont les cas du Japon et du Royaume-Uni.

Si le contexte de 1990 interpellait l'État à revoir son rôle dans le domaine de la santé et explorer des modèles alternatifs de prestation de services, cela est encore plus vrai en 2004.

Régie par un ensemble de principes et de règles d'action, la formule coopérative se présente sous diverses déclinaisons de sociétariat. Une importante étude publiée par le département de coordination des politiques et du développement durable des Nations-unies (1997) a permis d'exposer avec beaucoup de clarté la présence des coopératives dans le domaine de la santé et des services sociaux. Outre le fait que les coopératives peuvent épouser diverses configurations de sociétariat, elles sont aussi présentes dans une multitude de sphères d'activités allant de l'exploitation d'une petite clinique médicale à la gestion d'un vaste ensemble d'établissements. On a donc des cas où les coopératives n'occupent qu'un espace limité dans le réseau des services de santé et des services sociaux et d'autres, où, au contraire, il s'agit d'un acteur important, tel le vaste réseau UNIMED au Brésil qui regroupe tout près de 100 000 médecins.

De plus, l'ensemble des cas couverts dans cette étude permet d'illustrer la diversité des contextes et des rapports possibles avec l'État dans le domaine de la santé; par exemple, sur le plan du financement, des cas où c'est essentiellement un financement de nature publique, à même les impôts et autres prélèvements étatiques. C'est notamment le cas du Canada. Par ailleurs, cette étude illustre aussi d'autres situations, où le financement

provient principalement de contributions d'employeurs et d'employés, comme c'est le cas au Japon. En Suède et en Finlande, on retrouve des exemples de décentralisation vers les municipalités pour une plus grande participation locale.

Des exemples cités dans cette étude proposent des pratiques inspirantes en matière d'actions complémentaires entre l'État et des réseaux de coopératives en matière de santé. Au Japon, l'association des coopératives de santé, un vaste réseau de plus d'une centaine de coopératives possédant et gérant un important ensemble d'établissements de type hôpitaux et cliniques, offre beaucoup plus qu'un ensemble de prestations de nature curative. Il s'agit d'une référence incontournable en matière d'actions de prévention et d'éducation des membres aux saines habitudes de vie. Au Royaume-Uni, la multiplication des coopératives regroupant des médecins, telle la coopérative SELDOC située dans le secteur sud-est de la ville de Londres, illustre que ce mode d'organisation collectif peut très bien convenir à des médecins recherchant un cadre de pratique leur laissant une grande autonomie organisationnelle et régi par des règles de gouvernance sollicitant l'implication de tous.

Le cas italien des coopératives sociales, par son ampleur (plus de 5 000 organisations), démontre qu'il est possible d'aménager à grande échelle des ententes contractuelles entre les pouvoirs publics et ces organisations collectives. Le soutien – voire la participation – des autorités municipales dans ces organismes multi-sociétaires renforce cette dimension de complémentarité.

Plusieurs raisons supportent cette notion d'action complémentaire entre l'État et des structures coopératives. Les principes régissant les coopératives en sont une première explication : finalité de satisfaction des besoins des membres plutôt que maximisation du profit, actions pouvant porter sur le moyen et long terme de préférence à un rendement économique à court terme, adhésion libre et volontaire des personnes sans discrimination, pouvoir partagé selon la règle d'un membre, un vote, et non déterminé par l'apport financier des personnes, etc.

De plus, les organisations coopératives, à l'instar des pouvoirs publics, participent à la construction de l'intérêt général. Cela est d'autant renforcé lorsque la coopérative est composée de plusieurs catégories de membres comme le modèle des coopératives de solidarité au Québec. Dans ce cas, il ne s'agit pas de la défense de l'intérêt d'un seul groupe d'acteurs mais, par la mise en relation des divers intérêts, de l'édification d'un intérêt supérieur. Une voie privilégiée pour produire des choix éclairés et validés socialement est celle de la délibération, la démocratie délibérative. L'implication dans ces organismes de diverses catégories d'acteurs, dont les citoyens, contribue au renouvellement de l'expression démocratique dans le réseau de la santé. Plus globalement, c'est une nouvelle opportunité de mobilisation de la société civile sur des enjeux collectifs comme le mentionne Paquet (1999).

La relation des coopératives avec l'État doit en être une de type partenariale et non tutélaire au risque de nuire au développement de l'organisation, notamment sur le plan de l'innovation.

À ce jour il y a peu de travaux exposant des résultats sur le plan des impacts socioéconomiques des coopératives œuvrant dans le domaine de la santé. Diverses raisons expliquent cette situation, dont le peu d'intérêt des chercheurs à se pencher sur le cas. Ceci dit, des travaux récents au Centre de recherche sur les innovations sociales de l'UQAM ont démontré, à partir d'analyses qualitatives, que la mise en place d'une coopérative de santé et de services à domicile avait des effets tangibles en matière de cohésion sociale. Ces organisations contribuent à renforcer les liens dans la communauté (notion de capital social), facilitent l'accessibilité aux services et développent, au fil du temps, des liens avec de multiples partenaires communautaires et institutionnels du milieu. Ce type d'impact rejoint la notion de santé telle que définie par l'Organisation mondiale de la santé, c'est-à-dire la combinaison de l'état physique, du bien-être mental et social.

Ce rapport permet de mettre à jour des travaux importants menés depuis la publication de l'étude d'Angus et Manga en 1990, mais identifie aussi des limites de la connaissance sur le sujet. Cette situation suggère la formulation de diverses recommandations :

- Tel que suggéré dans le rapport d'Angus et Manga (1990), inciter les deux associations canadiennes de coopératives, le Conseil Canadien de la Coopération et la *Canadian Co-operative Association*, à collaborer avec le Secrétariat aux coopératives du gouvernement du Canada et les regroupements provinciaux de coopératives pour poursuivre les actions de représentation afin de mieux faire connaître aux autorités publiques intervenant en santé le modèle coopératif comme alternative à la prestation de services de santé;
- Susciter l'intérêt de chercheurs pour approfondir la connaissance portant sur les coopératives évoluant dans le domaine sociosanitaire et plus précisément, des questions liées aux liens entre organisations coopératives et pouvoirs publics et mesures d'impacts socioéconomiques;
- Réaliser une étude comparative sur des coopératives de services de santé et des cliniques privées par le biais de divers indicateurs de performance. La méthodologie à la base de l'étude réalisée en 1983 en Saskatchewan qui comparait la performance des deux plus grandes cliniques communautaires avec celle de deux cliniques privées pourrait servir de solide cadre de référence. Cette étude de 1983 pourrait aussi faire l'objet d'une mise à jour;
- Évaluer la pertinence de soutenir un mécanisme de veille ou de vigie portant sur l'innovation apportée par les coopératives dans le domaine sociosanitaire.

ANNEXE 1

Sommaire du rapport *Efficacité des modèles de prestation coopératifs/communautaires des soins de santé*³¹

Dans un contexte d'augmentation des coûts et des pressions sur le système de santé pour procéder à des changements, il est pertinent d'explorer d'autres modèles de prestation. Le but du rapport est d'évaluer l'efficacité des modèles qui sont « la propriété de, et administrés par des coopératives – consommateurs (sic) (participation communautaire) ou des autres modèles de prestation proposés ».

Selon plusieurs perspectives, les centres de santé communautaire offrent de nombreux avantages : coût par patient moins élevé, idem pour le coût des médicaments, impact à la baisse sur le taux d'utilisation des hôpitaux, pratique généralisée du travail en équipe pluridisciplinaire, etc. On relève aussi des efforts sur le plan de l'innovation, notamment pour faciliter l'accessibilité aux services à des groupes défavorisés. Enfin, ces organismes permettent aux consommateurs de participer davantage aux décisions sur les services de santé et le choix des priorités et des politiques opérationnelles.

En raison de ces avantages, ces organismes aident le gouvernement à atteindre ses objectifs. C'est dans ce sens que de nombreuses commissions d'enquête préconisent cette solution. Le faible développement du modèle vient d'un engagement politique insuffisant, d'un manque de fonds, de la non-reconnaissance par une loi, de la difficulté d'attirer du personnel médical et de l'image véhiculée de « refuges pour les pauvres ».

Une loi devrait préciser le rôle, la structure financière, la structure organisationnelle, la responsabilité financière et les principes régissant ces organisations. Une meilleure coopération est souhaitée entre les associations qui représentent ces centres et le gouvernement, notamment en matière de planification, d'élaboration de systèmes de gestion et d'information et d'évaluation efficace et pertinente des programmes.

Il faut respecter la pluralité des modèles; le modèle idéal est celui qui reflète le mieux la nature et les besoins spécifiques de la collectivité qu'il dessert. Il devrait être facile pour les dispensateurs d'identifier leur mission – il faudrait des incitatifs financiers afin de faciliter l'utilisation rentable des ressources; la prise de décision doit être décentralisée et l'offre de services doit répondre aux besoins des patients avec une préoccupation pour le contrôle de la qualité.

La disponibilité de fonds de démarrage faciliterait la mise en place de ces organismes qui, par ailleurs, devraient avoir un modèle de financement *per capita* ou des budgets pour les dépenses de fonctionnement. Enfin, on devrait permettre à ces organismes de faire de la publicité pour corriger la perception de « refuges pour les pauvres ». Les gouvernements provinciaux ont un rôle clé dans l'appui au développement de ce modèle.

³¹ Angus, D.E. et P. Manga (1990). *Efficacité des modèles de prestation coopératifs/communautaires des soins de santé*, Ottawa, Association des coopératives canadiennes, 85 p.

ANNEXE 2

Ressources électroniques et ressources Internet employées

⇒ Bases de données

AMICUS WEB

Ressource d'information élaborée et maintenue par la Bibliothèque nationale du Canada (BNC) pour les bibliothèques, les chercheurs et le public.

<http://www.collectionscanada.ca/amicus/index-f.html>

BIOMED CENTRAL

<http://www.biomedcentral.com>

BIOMEDNET

<http://www.bmn.com>

BRITISH MEDICAL JOURNAL

<http://www.bmj.com>

CENTRE FOR REVIEWS AND DISSEMINATION (CRD)

University of York.

<http://www.york.ac.uk/inst/crd/>

COCHRANE

The Cochrane Collaboration is an international not-for-profit organisation, providing up-to-date information about the effects of health care.

La mission du Réseau-centre canadien Cochrane est de promouvoir les soins de santé fondés sur des preuves en trouvant et en aidant les personnes qui désirent faire partie de la Collaboration Cochrane et en favorisant la connaissance, l'appréciation, la diffusion et l'utilisation des revues systématiques Cochrane sur les interventions thérapeutiques.

<http://www.cochrane.org> (Réseau mondial)

<http://cochrane.mcmaster.ca/> (Canada)

CODECS (CONNAISSANCE ET DÉCISION EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ)

Base de données du Collège des Économistes de la Santé (France).

<http://www.inserm.fr/codecs/codecs.nsf>

http://www.ces-asso.org/Pages/default_fr.htm

MEDLINE

Base d'information et de données en médecine et autres sciences de la santé.

Utilisée par plusieurs autres banques de données (universités, bibliothèques, etc.).

L'accès aux références de Medline s'est fait via PubMed (www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed) et NBCI (www.ncbi.nlm.nih.gov).

MUSE (JOHNS HOPKINS UNIVERSITY)

Base de données de plus de 250 périodiques (*Journals*) provenant de plus de 40 éditeurs et couvrant plusieurs champs d'étude tels que la littérature, l'histoire, la culture, les arts,

l'éducation, la science politique, le genre, l'économie, les sciences sociales et humaines, la médecine, etc. On y retrouve, entre autres, le *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*.

<http://muse.jhu.edu/journals/hpu>

PLUNKETT FOUNDATION – REFERENCE LIBRARY AND INFORMATION CENTER

<http://www.plunkett.co.uk/libinfo/referenc.htm>

PUBMED CENTRAL

<http://www.pubmedcentral.com/>

RÉSEAU SANTÉCOM (INSTITUT DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC)

<http://www.santecom.qc.ca>

RESO – UNITÉ D'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ (ÉDUCATION DU PATIENT)

Université Catholique de Louvain (UCL, Belgique).

<http://www.md.ucl.ac.be/entites/esp/reso/bdd/intro.htm>

SAGE PUBLICATIONS

<http://www.sagepub.com/>

US NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE

<http://www.nlm.nih.gov/>

⇒ **MOTEURS DE RECHERCHE**

GOOGLE

<http://www.google.com>

HECTOR (BIBLIOTHÈQUE HEC MONTREAL)

<http://www.hec.ca/biblio>

⇒ **SITES WEB SPÉCIALISÉS**

AMERICAN ACADEMY OF FAMILY PHYSICIANS

www.aafp.org/

AMERICAN PUBLIC HEALTH ASSOCIATION (APHA), THE

www.apha.org

ANNIESLAND BEARDEN AND MILNGAVIE LOCAL HEALTHCARE COOPERATIVE (SCOTLAND)

www.a-b-m.co.uk

ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU CANADA

www.cna-nurses.ca

ASPEN INSTITUTE, THE

www.aspeninstitute.org

AUSTRALIA.COOP

www.australia.coop/

BC INSTITUTE FOR CO-OPERATIVE STUDIES, UNIVERSITY DE VICTORIA

http://web.uvic.ca/bcics/

CALIFORNIA PRIMARY CARE ASSOCIATION

www.c pca.org

CALIFORNIA STATE RURAL HEALTH ASSOCIATION

www.csrha.org

CENTER FOR STUDYING HEALTH SYSTEM CHANGE

www.hschange.org

**CENTRE FOR REVIEWS AND DISSEMINATION (CRD), YORK UNIVERSITY,
UK**

www.york.ac.uk/inst/crd

**CENTRE RÉGIONAL DE DÉVELOPPEMENT COOPÉRATIF (ATLANTIQUE :
CHARLOTTETOWN, MONCTON)**

www.rcdc.coop/index.htm

**COALITION DES CENTRES DES RESSOURCES ET DE SANTÉ
COMMUNAUTAIRES D'OTTAWA**

www.coalitionottawa.ca

COMMISSION EUROPÉENNE, ENTREPRISES DE L'ÉCONOMIE SOCIALE

http://europa.eu.int/comm/enterprise/entrepreneurship/coop/

COMMUNITY HEALTH CARE

www.communityhealthcare.net

**COOPERATIVE CARE (COOPÉRATIVE DE TRAVAILLEURS EN SOINS À
DOMICILE BASÉE À WAUTOMA AU WISCONSIN)**

www.co-opcare.com

COOPÉRATIVE DE SERVICES À DOMICILE DE CHARLESBOURG

www.oricom.ca/coop/accueil.htm

COOPÉRATIVE DE SERVICES À DOMICILE DE LA MRC DE MONTMAGNY

www.coopsmontmagny.com/

CO-OPERATIVES RESEARCH UNIT, OPEN UNIVERSITY AT MILTON KEYNES IN THE UK

<http://technology.open.ac.uk/cru/>

COST EFFECTIVENESS AND RESOURCE ALLOCATION

www.resource-allocation.com/

DIRECT CARE ALLIANCE

www.directcarealliance.org

DOCTOR CARE COOPERATIVE (TORONTO)

www.doctorscarecooperative.ca

DUNFERMLINE LOCAL HEALTHCARE CO-OPERATIVE

www.dunfermlinelhcc.org.uk

EASTERN COOPERATIVE HEALTH ORGANIZATION (ECHO)

www.echo-chn.net/echo/echo.html

EASTERN GLASGOW LOCAL HEALTH CARE CO-OPERATIVE

www.show.scot.nhs.uk/ggpct/coop/eastern.htm

ECONOMIC DEVELOPMENT RESEARCH GROUP (BASIC CONCEPTS IN ECONOMIC IMPACT ANALYSIS)

www.edrgroup.com/edr1/library/lib_guides_basic/index.shtml

EMPLOYER HEALTH CARE ALLIANCE COOPERATIVE (THE ALLIANCE)

www.alliancehealthcoop.com/

EMPLOYERS HEALTH COOPERATIVE

www.ehchealth.com/index.html

FÉDÉRATION BELGE DES COOPÉRATIVES

www.febecoop.be

FONDS POUR L'ADAPTATION DES SERVICES DE SANTÉ (FASS)

www.hc-sc.gc.ca/hcf-fass/francais/

FUNDACION ESPRIU (SYSTÈME MONDRAGON, ESPAGNE)

www.fundacionespriu.coop

GENERAL PRACTITIONERS COOPERATIVES – COOPÉRATIVES DE MÉDECINS OMNIPRATICIENS (AUSTRALIE)

www.australia.coop/gp.htm

GROUP HEALTH COOPERATIVE (SEATTLE, USA)

www.ghc.org/

GROUP HEALTH COOPERATIVE OF SOUTH CENTRAL WISCONSIN

www.ghc-hmo.com

GRUP ASSISTÈNCIA (EXPÉRIENCE DE MONDRAGON, ESPAGNE)

www.asc.es

HEALTH AFFAIRS – THE POLICY JOURNAL OF HEALTH SPHERE

www.healthaffairs.org

HEALTH COOPERATIVES – BY THE CANADIAN COOPERATIVE ASSOCIATION OF BRITISH COLUMBIA

www.ccabc.bc.ca/health/index.htm

HEALTH FORUM JOURNAL

www.healthforumjournal.com

HEALTH MATTERS MAGAZINE (HEALTH POLITICS, HEALTH POLICY, PUBLIC HEALTH)

www.healthmatters.org.uk

HEALTHPARTNERS

www.healthpartners.com

HEALTH RESOURCES AND SERVICES ADMINISTRATION (US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES)

www.hrsa.gov

HEMOCARE PROVIDERS CO-OP

www.homecareproviders.com

HOSPITAL CONNECT (USA)

www.hospitalconnect.com

I AM UNIQUE, SPECIAL CARE AND CASE MANAGEMENT - COOPERATIVE D'INFIRMIÈRES, CAROLINE DU NORD

http://yp.bellsouth.com/sites/iamunique/index.html

INTERNATIONAL JOURNAL OF MEDICAL SCIENCES

www.medsci.org

INTERNATIONAL LABOR ORGANIZATION (COOPERATIVE BRANCH)

www.ilo.org

JAPAN COOPERATIVE INSURANCE ASSOCIATION (JCIA)

www.jcia.or.jp

JAPANESE CONSUMERS COOPERATIVE UNION (JCCU)

www.co-op.or.jp/jccu

LOCAL HEALTH CARE CO-OPERATIVES (LHCC)

www.show.scot.nhs.uk/nhslanarkshire/

MEDCOST, SANTÉ ET SYSTÈMES D'INFORMATION MÉDICAUX (FRANCE)

www.medcost.fr

MEDICAL INFORMATICS, DALHOUSIE MEDICAL SCHOOL

<http://informatics.medicine.dal.ca/>

MODERN HEALTH CARE

www.modernhealthcare.com

MONTANA FAITH-HEALTH COOPERATIVE

<http://faithhealthcoop.montana.edu/index.html>

NATIONAL ASSOCIATION OF COMMUNITY HEALTH CENTERS

www.nachc.com

NATIONAL ASSOCIATION OF GENERAL PRACTITIONERS COOPERATIVES (NAGPC)

www.nagpc.org.uk/

www.nagpc.org.uk/nonmembers/nmembersintro.html

NATIONAL CLEARINGHOUSE ON THE DIRECT CARE WORKFORCE

www.directcareclearinghouse.org/index.jsp

NATIONAL COOPERATIVE BUSINESS ASSOCIATION

www.ncba.org

NATIONAL COOPERATIVE BUSINESS ASSOCIATION (HEALTH CARE CO-OPS)

www.ncba.coop/abcoop_health.cfm

NATIONAL COOPERATIVE OF HEALTH NETWORK (NCHN)

www.nchn.org/

NATIONAL COUNCIL ON THE AGING

www.ncoa.org

NATIONAL EVALUATION OF THE COST-EFFECTIVENESS OF HOME CARE

www.homecarestudy.com

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES (OCDE)

www.oecd.org

PARAPROFESSIONAL HEALTHCARE INSTITUTE

www.paraprofessional.org/

RICK SURPIN, INDEPENDENT CARE SYSTEM (ICS) - SCHWAB FOUNDATION

www.schwabfound.org/schwabentrepreneurs_fr.htm?schwabid=1287

RURAL WISCONSIN HEALTH COOPERATIVE (RÉSEAU HOSPITALIER EN MILIEU RURAL BASÉ AU WISCONSIN)

www.rwhc.com/

SCHWAB FOUNDATION FOR SOCIAL ENTREPRENEURSHIP, THE

www.schwabfound.org

SOCIAL HEALTH ASSOCIATION

www.sochealth.co.uk

SOCIAL MEDICINE PORTAL

www.socialmedicine.org

SOUTH KINGSVILLE HEALTH SERVICES CO-OPERATIVE LTD (SKHS) - EN AUSTRALIE

www.skhsco-op.com.au/

TUALITY HEALTH CARE

www.tuality.com

US DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES, BUREAU OF PRIMARY HEALTH CARE

<http://bphc.hrsa.gov/chc/>

VOLUNTARY HOSPITALS OF AMERICA (VHA)

www.vha.com

WHO-CHOICE COST-EFFECTIVENESS WORK PROGRAMME

www.who.int/evidence/cea

WISCONSIN CENTER FOR COOPERATIVES, HEALTH CARE COOPERATIVE LINKS

www.wisc.edu/uwcc/links/healthcarelinks.html

WISCONSIN CENTER FOR COOPERATIVES, INFORMATION BY TOPIC, HEALTH CARE COOPERATIVES

www.wisc.edu/uwcc/info/i_pages/health.html

ANNEXE 3

Le cas de la SELDOC (South East London Doctors' Co-operative) au Royaume-Uni³²

Cette coopérative a été fondée en avril 1996 par des médecins généralistes. La coopérative a une finalité à but non lucratif et exprime son adhésion aux valeurs coopératives, dont l'adhésion libre et volontaire. Ce regroupement de 430 médecins généralistes offre des services à un peu plus d'un million de citoyens résidants dans les quartiers Lambeth, Southwark et Lewisham de Londres. Elle compte 80 employés non-médecins. Son rôle consiste principalement à offrir une couverture médicale en soirée, la nuit et la fin de semaine. En termes pratiques, cela consiste à gérer un centre d'appels avec conseils spécialisés (l'équivalent de ce que l'on appelle au Canada une référence info-santé) et à offrir des services de médecins à domicile. Pour se faire, la coopérative possède de l'équipement à la fine pointe de la technologie en plus d'une flotte d'automobiles. En marge de ces activités de base, la coopérative offre une variété d'autres services : placement temporaire de médecins généralistes et d'infirmières, achat en gros de matériel nécessaire à la pratique médicale, clinique de voyageurs, etc.

Sur le plan de la gouverne, l'ensemble des membres est consulté trois fois par année. Les questions stratégiques relèvent d'un conseil regroupant 15 médecins. Ce conseil se réunit tous les deux mois. Les questions opérationnelles sont de la responsabilité d'un comité exécutif composé du président et du secrétaire du conseil, de trois directeurs et du directeur général.

La coopérative est accréditée par les autorités locales de santé à titre d'organisme mandaté pour assurer la couverture des services. Sur le plan opérationnel, ses activités sont intégrées au réseau d'établissements œuvrant dans le NHS.

La coopérative est reconnue pour la souplesse de son offre de services et la qualité de ses prestations. Elle jouit d'une excellente santé financière. Concernant ce dernier élément, le coût d'adhésion annuel par patient est de une livre. Le service conseil au téléphone est gratuit et une visite à domicile coûte 44,70 livres (£).

La coopérative s'avère un forum permettant aux généralistes de partager et d'échanger entre eux des questions d'intérêts communs. En outre, elle a mis en place un système de partage équitable entre les médecins pour la couverture des heures moins achalandées. Reflet de la satisfaction des membres à l'égard de l'organisation, le niveau de fidélité des médecins est élevé.

³² L'information colligée dans cette annexe est le fruit d'une correspondance avec Mo Girach, directeur général de cette corporation.

ANNEXE 4

Association des coopératives de santé de l'Union japonaise des coopératives de consommateurs

La Charte des droits du malade des coopératives de santé (extrait)³³

La charte est une référence permettant aux membres des coopératives de santé de porter un jugement et de maîtriser leur situation dans les actions qu'ils mettent en œuvre pour protéger leur vie et celle des autres, avec respect et appréciation. Elle est en même temps une déclaration des droits de la personne au sein d'un service de santé pour tous les acteurs, y compris les coopérateurs, c'est-à-dire les habitants.

Les droits et responsabilités du malade

Le malade, en tant que sujet qui lutte contre sa maladie, a les responsabilités et droits suivants :

Droit de savoir

Le malade a le droit de recevoir autant d'explications qu'il juge nécessaire pour bien comprendre son état : nom et état de la maladie (y compris les résultats des tests), pronostic, plan de soins, traitements et opérations choisis (y compris raisons de ces choix), nom des médicaments, leurs effets primaires et secondaires, les frais nécessaires, etc.

Droit de décider

Après avoir reçu toutes ces informations, le malade a le droit de décider pour lui-même si le plan de soins proposé par les médecins et autres professionnels de la santé lui convient.

Droit relatif à la vie privée

Le malade a droit à la protection de ce qu'il voudrait garder secret et à la non-ingérence dans ses affaires personnelles.

Droit d'apprendre

Le malade a le droit d'étudier les maladies, les méthodes de traitement et de prévention.

Droit de recevoir des soins

Le malade a le droit de recevoir tous les soins et services que son état nécessite et ceux-ci doivent lui être offerts avec humanité. Il a aussi le droit d'exiger de l'État et des collectivités locales des améliorations de la sécurité médicale et sanitaire.

Participation et coopération

Le malade a la responsabilité de défendre et développer ces droits en collaboration avec les personnels de la santé.

³³ Cette charte a été adoptée en 1991 et est d'application universelle dans ce réseau de coopératives de santé.

ANNEXE 5

Le cas de la Coop Santé Aylmer (au Québec), une coopérative de solidarité³⁴

En janvier 2001, à l'instigation de deux médecins du centre médical d'Aylmer-Lucerne, clinique située dans le secteur Aylmer de la ville de Gatineau, une quarantaine de personnes se réunissent pour identifier et trouver des solutions à l'accès aux services de santé sur ce territoire. Le secteur d'Aylmer est en effet le territoire le moins bien desservi de la ville de Gatineau. Une des idées proposées a été de donner aux citoyens une institution de santé leur appartenant et sur laquelle ils auraient un contrôle réel. C'est là le début d'un processus qui va se conclure en janvier 2004 par l'achat de ce centre médical par une coopérative de solidarité. Tel que l'a observé un journaliste, ce projet fait plus qu'offrir la possibilité d'améliorer le plateau de travail; il permet de maintenir un groupe de médecins disponibles et d'attirer une relève médicale. En quelques mois, une série d'acquisitions ont en effet permis de renouveler substantiellement une partie de l'équipement, contribuant ainsi à l'amélioration des conditions de pratique des médecins et des services à la population.

La coopérative offre une grande variété de services :

- Médecine familiale et d'urgence;
- Pharmacie;
- Soins dentaires;
- Services de radiologie;
- Laboratoire de prélèvement et d'analyse;
- Audiologie;
- Orthothérapie;
- Massothérapie;
- Vaccination;
- Psychologie;
- Nutritionniste;
- Soins des pieds;
- Sclérothérapie.

En juin 2004, la coopérative comptait plus de 2 500 membres usagers³⁵ et 14 membres travailleurs en plus de 6 médecins. Le potentiel est grand puisque la clinique compte plus de 15 000 patients réguliers et cumule un total de 39 000 visites sur une base annuelle, soit 28 000 visites à la clinique d'urgence et 11 000 visites sur rendez-vous.

Outre l'amélioration continue du plateau technique et le recrutement de nouveaux médecins, la coopérative poursuit plusieurs objectifs en lien avec les besoins des membres et susceptibles d'avoir des impacts à moyen et long terme :

³⁴ Cette annexe s'inspire largement d'échanges avec le coordonnateur au développement, Martin Van Den Borre.

³⁵ Ceci fait donc de cette coopérative celle qui compte le plus grand nombre de membres parmi les six coopératives de services de santé au Québec.

- Ouvrir une clinique santé-voyage;
- Améliorer les services d'urgence et augmenter l'éventail des heures d'ouverture;
- Développer des services en périnatalité;
- Agrandir les locaux de la coopérative;
- Mettre en place des projets de prévention.

À ce dernier propos, la coopérative a dans ses cartons de nombreux projets. En outre, en collaboration avec la coopérative de techniciens ambulanciers de l'Outaouais, on veut mener une campagne de sensibilisation grand public sur la réanimation cardiaque, la procédure RCR en plus de l'application des premiers soins.

Par ailleurs, associée à deux autres coopératives de santé de l'ouest du pays qui ont déjà une expertise dans le domaine, la coopérative est en attente d'un financement pour mener des actions de sensibilisation pour prévenir des maladies chroniques auprès des nouveaux arrivants et de la population en général.

Un autre projet consiste en une cartographie des besoins sociosanitaires de la population adolescente d'Aylmer dans le but de les amener à imaginer et mettre en œuvre un projet identifié comme réponse aux besoins.

L'ensemble des projets de prévention sont sous la supervision d'un comité de membres formé dans le cadre de l'assemblée générale.

Bien que s'appuyant avant tout sur les ressources de son milieu pour son développement, cette coopérative veut aussi collaborer avec les autorités publiques en santé, en l'occurrence l'Agence régionale de développement des réseaux locaux de santé et de services sociaux (ex-régie régionale de santé) et le Centre de santé et de services sociaux de Gatineau. On est engagé dans des discussions sur un modèle de partage des heures ingrates entre les médecins, lequel pourrait s'inspirer de ce que fait la coopérative SELDOC au Royaume-Uni.

ANNEXE 6

Recension des écrits sur les coopératives sociosanitaires dans les pays développés

Abelson, J. et J. Eyles (2002) « Participation du public et rôle des citoyens dans la gouvernance du système de santé canadien », Université McMaster, *Étude No 7*, déposée à la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, 32 p.

Adam, T. et al. (2003) « Econometric estimation of country-specific hospital costs », dans *BioMed Central*, 10 p. [En ligne : <http://www.resource-allocation.com/content/1/1/3>].

Alianza Cooperativa Internacional (1999) *Doing Business With Health Care In The Americas*, San José, International Cooperative Alliance, 180 p.

Altus, E. D. et R. M. Mathews (1997) « A Look at the Satisfaction of Rural Seniors with Cooperative Housing », dans *Cooperative Housing Journal*, University of Kansas, 4 p. [En ligne : <http://www.seniorco-opnet.org/altus.html>].

Angus D. E., L. Auer, J. E. Cloutier et T. Albert (1995) « Pour un système de soins de santé viable au Canada », Ottawa, *Rapport synthèse de la recherche économique*, Université d'Ottawa/Université Queen's, 165 p.

Angus, D. E. et P. Manga (1990) *Efficacité des modèles de prestation coopératifs/communautaires des soins de santé*, Ottawa, Association des coopératives canadiennes, 85 p.

Apland E. L. (1990) « Co-operative Health Service Delivery in Canada », dans *Empowerment Through Co-operatives*, Selected papers from 1990 CASC Meetings, Canadian Association for Studies in Cooperation (CASC), Center for the Study of Co-operatives, University of Saskatchewan, Ottawa, Saskatoon, p. 9-24.

Arpin, R. et al. (1999) « La Complémentarité du secteur privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système public de santé au Québec », Québec, *Rapport du Groupe de travail*, 112 p. et annexes.

Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales (ASSTSAS) (2003) « Portrait de pionniers en SST dans le Secteur de l'Aide Domestique : Une Coopérative constamment en ébullition ! », dans *Objectif Prévention : Dossier Entretien Ménager à Domicile*, Vol. 26, No. 3, 3 p. [En ligne : <http://www.asstsas.qc.ca/documentation/op/op263020.pdf>].

Assoumou Ndong, F. (2001) « Coopérative et développement local : l'expérience de l'utilisation de la formule coopérative dans le secteur de la santé en Saskatchewan », Sherbrooke, Institut de recherche et d'enseignement sur les coopératives de l'Université de Sherbrooke, Université de Sherbrooke, Collection Cahiers de recherche, *Cahiers de recherche IREC-01-02*, 52 p.

Assoumou Ndong, F. et J.-P. Girard (2000) « Développement coopératif comparé, Québec-Saskatchewan : les formes organisationnelles des coopératives dans le domaine de la santé; la capitalisation dans le secteur agro-alimentaire », Sherbrooke, Institut de recherche et d'enseignement sur les coopératives de l'Université de Sherbrooke, Université de Sherbrooke, Collection Cahiers de recherche, *Cahiers de recherche IREC-00-02*, 138 p.

Beckham, J. D. (2002) « A Model of Cooperation: There are better ways to bring physician practices into a healthcare organization than owning and controlling them », dans *Health Forum Journal*, 4 p. [En ligne : www.healthforumjournal.com].

Bell L., R. B. Brown et B. Morris (1995) « Involving patients in the provision of community care: a change in philosophy », dans *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 8, No. 2, p. 38-43.

Bertram D. A., M. C. Thompson, D. Giordano, J. Perla et T. C. Rosenthal (1996) « Implementation of an inpatient case management program in rural hospitals », dans *Journal of Rural Health*, Winter, Vol. 12, No. 1, p. 54-66.

Bindman, Andrew B. et al. (2004) « Preventing Unnecessary Hospitalizations in Medi-Cal: Comparing Fee-For-Service with Managed Care », California HealthCare Foundation, University of California (Primary Health Care Research Center), San Francisco, 27 p. [En ligne : <http://www.chcf.org/topics/medi-cal/index.cfm?itemID=21723>].

Birchall, J. et R. Simmons (2004) « What motivates members to participate in the governance of consumer co-operatives? » *A study of Co-operative Group*, University of Stirling, UK Economic and Social Research Council, 26 p.

Borzaga, C. et A. Santuari (1997) « Co-ops & New Social & Health Services Market », *Review of International Co-operation*, Vol. 90, No. 1, p. 11-17. [En ligne : <http://www.wisc.edu/uwcc/icic/orgs/ica/pubs/review/>].

Borzaga C. (1997) « L'évolution récente de la coopération sociale italienne », *RECMA—Revue internationale de l'économie sociale*, Vol. 74, No. 258, p. 55-63.

Bouchard, M. J., S. Rondot et Y. C. de Kerstat (2003) « Inventaire des publications en langue française sur les coopératives 1993-2003 », Montréal, CIRIEC Canada en collaboration avec le CRISES, 175 p.

Bowman, V. (2001) « Home Care, Home Support, Personal Assistance : the Co-operative Model in Context », Victoria, British Columbia Institute for Co-operatives Studies, University of Victoria, *Occasional Papers*, 102 p.

Broomhall, D. (1993) *The Use of Multipliers in Economic Impact Estimates*, West Lafayette, Purdue University Cooperative Extension Service, 8 p.

Brown, W. H. (1995) « Rural Wisconsin Health Cooperative: Rural Health Networking: A Cooperative Approach », working paper presented at Economic Development and

Cooperatives into the 21st Century : Community Health Care Co-operatives, Saskatoon, Canada, June 13th, 1995, 59 p.

Canadian Cooperative Association, [s.d]. « Multi-stakeholder co-ops : An Alternative Form of Co-operative Organization », [s.p.].

Canadian Union of Public Employees (CUPE) (1996) « Fact Sheet on Community Health Centres », May 9, 10 p. [En ligne : <http://www.cupe.ca/www/HealthCareMedicare/5524/>].

Carlson, B. L. et al. (2001) « Primary Care of Patients without Health Insurance by Community Health Centers », Mathematica Policy Research Inc., under contract with the Department of Health and Human Services, dans *Journal of Ambulatory Care*, p. 47-59.

Chagnon, J. (2004) « Portrait 2003 des entreprises en aide domestique », Québec, Direction des coopératives, Ministère du Développement économique et régional et de la Recherche, 69 p.

Chaves, R. (2002) « Politiques publiques et économie sociale en Europe : Le cas de l'Espagne », dans *Annals of Public and Cooperative Economics*, Vol. 73, No. 3, p. 453-480.

Chaves, R. et A. Sajardo-Moreno (2001) « Espagne : Associations et coopératives dans une mosaïque de modes d'intervention publique », dans Laville, J.-L. et M. Nyssens, (sous la dir.), *Les services sociaux entre associations, État et marché. L'aide aux personnes âgées*, Paris, Collection « Recherches », La Découverte/M.A.U.S.S./C.R.I.D.A., p. 137-150.

Chin, M. H. et al. (2000) « Quality of Diabetes Care in Community Health Centers », *American Journal of Public Health*, 90(3), p. 431-434.

Chouinard, O., P.-M. Desjardins, É. Forgues, B. Lévesque et M.-C. Malo (2001) « Coopératives financières, cohésion sociale et nouveau territoire local à l'ère de la mondialisation », Montréal et Moncton, copublication du Centre de recherche sur l'innovation sociale (CRISES), Université du Québec à Montréal et de la Chaire des caisses populaires acadiennes d'études coopératives de l'Université de Moncton, *Cahier ETO 108*, Cahiers du CRISES, collection Études théoriques, 60 p.

Church, J., M. I. Wanke, L. Duncan Saunders, R. Pong, C. Spooner et M. Dorgan (2001) « Citizen Participation in Health (Care) Decision Making : What We know and Where We Might Go », Edmonton, Centre for Health Promotion Studies, University of Alberta, A Centre for Health Promotion Studies Monograph, 20 p.

Comeau, Y. et J.-P. Girard (1996) « Les coopératives de santé dans le monde : une pratique préventive et éducative de la santé », Montréal, Chaire de coopération Guy-Bernier de l'Université du Québec à Montréal, *Cahier de recherche 0396-074*, 138 p.

Comeau, Y. et J.-P. Girard (2000) « Une comparaison entre divers établissements de services de première ligne en santé au Québec (Canada) », *Annals of Public and*

Cooperative Economics/Annales de l'économie publique sociale et coopérative, Vol.71, No. 3, septembre, p. 319-345.

Comis, R. L. (1998) « The Cooperative Groups: past and future », dans *Cancer Chemother Pharmacol*, Vol. 42 Suppl., p. S85-87.

Community Health Services (Saskatoon) Association : The Unique Alternative.

Conférence internationale : Les Centres communautaires de santé : Au centre des réformes des systèmes de santé (Résumés des recueils de communication), du 3 au 6 décembre 1995, Montréal.

Conseil de la santé et du bien-être (1997) « Évolution des rapports public-privé dans les services de santé et les services sociaux », Québec, 73 p.

Conseil de la santé et du bien-être (1997) « La Participation comme stratégie de renouvellement du développement social », Québec, Forum sur le développement social, 119 p.

Côté, D. et M. Vézina (1997) « Les relations État et mouvement coopératif dans cinq pays européens », Montréal, Centre de gestion des coopératives, École des HEC, 60 p.

Crawford, M. J. et al. (2002) « Systematic review of involving patients in the planning and development of health care », dans *British Medical Journal*, No 325, November, 5 p.

Crooks C., S. Anthony, J. Spatz, J. Karen et M. Warman (1997). « Shared-Services Cooperatives », United States Department of Agriculture (USDA), Rural Business-Cooperative Service, Research Report 141, 20 p.

Dawson, S. L., P. Powell et R. Surpin (2000) « Closure: Cooperative Home Care of Boston: Accomplishments & Analysis », Paraprofessional Health Institute (PHI), Bronx, New York, 18 p.

De Bortoli, P. et J.-P. Girard (à paraître) « A Definition of the Concept of Social Cohesion Fit for Co-operative Studies : The Case of Health Care Co-operatives in Québec », dans Actes du colloque *Mapping Co-operative Studies in the New Millennium*, British Columbia Institute for Co-operative Studies, University of Victoria.

Defourny, J., P. Develtere et B. Fonteneau (eds) (1999) *L'économie sociale au Nord et au Sud*, Bruxelles, De Boeck Université, 278 p.

Develtere, P. (1998) *Économie sociale et développement*, Bruxelles, De Boeck Université, 176 p.

Dorman, A. (2001) « Un inventaire des recherches antérieures sur le secteur bénévole de la santé au Canada », Santé Canada, p. 193-299.

- Drummon, N. et al., (2001) « Can Primary care be both patient-centred and community-led? », dans *Journal of Managed Medicine*, Vol. 15, No. 4-5, p. 364-375.
- Duke, M. E. (2001) « The President's Health Center Initiative, National Conference of State Legislatures », US Department of Health and Human Services, Health Resources and Services Administration (HRSA), 11 p.
- Enjolras, B. (1998) « Économie sociale et transformation de l'État-providence: le cas des personnes âgées », RECMA—*Revue internationale de l'économie sociale*, no 269
- Espriu, J. (1995) *Mrs Life*, Barcelone, Fundacion Espriu, 261 p.
- Fairbairn, B. (1997) *The Social Economy and the Development of Health Services in Canada : Past, Present & Future*, Occasional Paper presented at the International Conference on the Social Economy in the North, and in the South, Osten, Belgium.
- Falik, M. et al. (2001) « Ambulatory Care Sensitive Hospitalizations and Emergency Visits: Experiences of Medicaid Patients using Federally Qualified Health Centers », dans *Med Care*, MDS Assoc. June, p. 551-561.
- Febbraro, A. et al. (1999) « Élaboration d'une typologie du secteur bénévole de la santé au Canada: Questions touchant la définition et la classification », Ottawa, Santé Canada, 57 p.
- Febbraro, A. et al. (1999) « Les organismes bénévoles dans le secteur de la santé au Canada : élaboration d'une typologie (Résumé) », Ottawa, Santé Canada, 18 p, [En ligne : http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/secteurbenevole/pdf/typologie_resume.pdf].
- Firman, J. P. [s.d]. « Health Care Cooperatives : Innovations For Older People », dans *Health Affairs*, p. 50-61.
- Folsom, J. (2003) « Measuring the Economic Impact of Cooperatives in Minnesota », Washington D.C., United States Department of Agriculture (USDA), 21 p.
- Fraisse, L. et al. (2001) « Italie: coopératives sociales et construction d'un champ d'activité », dans Laville, J.-L. et Nyssens, M. (sous la dir.), *Les services sociaux entre associations, État et marché. L'aide aux personnes âgées*, Paris, Collection « Recherches », La Découverte/M.A.U.S.S./C.R.I.D.A, p. 168-178.
- Frick, K.D. et J. Regan (2001) « Whether and Where Community Health Centers Users Obtain Screening Services », *Journal of Healthcare for the Poor and Underserved*, Johns Hopkins Primary Care Policy Center for the Underserved, p. 429-445.
- Frigon, V. et al. (2002) « Les Coopératives et les Soins de Santé », Rapport présenté au Secrétaire d'État Andy Mitchell, Comité Consultatif du Ministre sur les coopératives, Secrétariat aux coopératives, Ottawa, 17 p, [En ligne : http://www.agr.gc.ca/policy/coop/health_f.phtml].

Gahnström-Strandqvist K, A. Liukko et K. Tham (2003) « The meaning of the working cooperative for persons with long-term mental illness: a phenomenological study », dans *American Journal of Occupational Therapy*, May-June, Vol. 5-37, p. 262-272.

Gilain, B. et M. Nyssens (2001) « Belgique : l'histoire d'un partenariat associatif-public », dans Laville, J.-L. et Nyssens, M. (sous la dir.) *Les services sociaux entre associations, État et marché. L'aide aux personnes âgées*, Paris, Collection « Recherches », La Découverte/M.A.U.S.S./C.R.I.D.A, p. 2-65.

Giordano J., M. K. Garcia, D. Boatwright et K. Klein (2003) « Complementary and alternative medicine in mainstream public health: a role for research in fostering integration », dans *Journal of Alternative Complementary Medicine*, June, Vol. 9, No. 3, p. 441-445.

Girard, J.-P., E. Pezzini et I. Mailloux (2000) « Les coopératives sociales italiennes : description et éléments de réflexion sur le contexte québécois », Montréal, Chaire de coopération Guy-Bernier de l'Université du Québec à Montréal en collaboration avec la Corporation de développement économique communautaire Centre-Nord, *Cahier de recherche 011-110*, 43 p.

Girard, J.-P. et I. Garon (2000) « Les coopératives dans le domaine socio-sanitaire au Québec : portrait de la situation », Montréal et Québec, Chaire de coopération Guy-Bernier de l'Université du Québec à Montréal et Direction des coopératives, Ministère de l'Industrie et du Commerce, gouvernement du Québec, Cahier de recherche, 43 p.

Girard, J.-P. et Y. Comeau (1996) *Originalité du modèle des coopératives de santé dans le champ des cliniques communautaires*, colloque du CIRIEC-Canada (Montréal, Université McGill), organisé dans le cadre du congrès de l'Association canadienne-française pour l'avancement des sciences (ACFAS).

Girard, J.-P. (2003) « Revolution within Revolution Québec's experiment with co-operative health care & social service delivery », *Making waves*, Canada's community economic development magazine, Vol. 14, No. 3, fall 2003, p. 13-16.

Girard, J.-P. (2002) « Social cohesion, governance and the Development of Health and Social Care Co-operatives », *Review of International Cooperation*, Vol. 95, No. 1, p. 58-64.

Girard, J.-P. et M. Vézina (2002) « Les entreprises collectives dans le secteur de la santé: Innovation institutionnelle et innovation organisationnelle », *Gestion, Revue internationale de gestion*, Vol. 27, No. 3, Automne, p. 44-52.

Glasser, R. et J. Brecher (2002) « We Are the Roots: The Culture of Home Health Aides ». 130 p. [En ligne : <http://www.paraprofessional.org/Sections/resources.htm>].

Gouvernement du Québec. Ministère du Développement économique et régional (2002) « Portrait des entreprises en aide domestique », Direction des coopératives, Direction des communications, Québec, 67 p.

Graeme, C. (2001) « Co-operative Hospital », 2 p. [En ligne : www.australia.coop/cs_yeoval.htm].

Gray, D. (1993) « Cooperative Solutions to Rural Health Care Problems: Emergency Medical Services », Davis, University of California, Center for Cooperatives, 52 p.

Griffiths, David [s.d.]. « Social Care Co-operatives », 6 p. [En ligne : http://www.australia.coop/dp_social_care_cooperatives.htm].

Hallam, L. et K. Henthorne (1999) « Cooperatives and their primary care emergency centres: organisation and impact », dans *Health Technology Assessment*, Vol. 3, No. 7, 104 p.

Ham, C. (1996) « Public, Private or Community: What next for the NHS ? », DEMOS, London, 80 p.

Harrington, D. (2002) « Cooperative Care », Wautoma, Wisconsin, 16 p. [inedited]. [En ligne : <http://www.wisc.edu/uwcc/info/health/CoopCare.pdf>] (visité le, 23 août 2004).

Hartley, D. et J. Gale [s.d.]. « Tools for Monitoring the Health Care Safety Net: Rural Health Care Safety Nets », 8 p. [En ligne : <http://www.ahrq.gov/data/safetynet/hartley.html>].

Henry, T. E. (1997) « Facing market changes: a health care cooperative in rural Minnesota », dans *Managed Care Quarterly*, Summer, Vol. 5, No. 3, p. 74-80.

Hollander, M. et N. Chapell (2002) « Final Report of the National Evaluation of the Cost-effectiveness of Home Care », Victoria, National Evaluation of the Cost-Effectiveness of Home Care, [En ligne : <http://www.homecarestudy.com/reports/index.html>].

Hutubessy, R. et al. (2003) « Generalized cost-effectiveness analysis for national-level priority-setting in the health sector », dans *BioMed Central*, 13 p. [En ligne : <http://www.resource-allocation.com/content/1/1/8>].

Imai Y. (2002) « Health Care Reform In Japan », Paris, OECD/OCDE, Economics Department Working Papers No. 321, 21 p.

Imai Y. et al. (2000) « The Change Health System In France », Paris, OECD/OCDE, Economics Department Working Papers No. 269, 41 p.

Inserra, A. et al. (2002) « Cooperative Home Care Associates. A Case Study of a Sectoral Employment Development Approach », Washington D.C., The Aspen Institute (Economic Opportunities Program), 86 p. [En ligne : <http://www.aspeninstitute.org/bookdetails.asp?i=&d=81>].

Instituto italiano di studi cooperativi Luigi Luzzati (1992) *La législation en vigueur dans les pays de la Communauté européenne en matière d'entreprises coopératives, dans la perspective du marché commun*, Commission des communautés européennes, 409 p.

International Co-operative Alliance, (1996) « Progress Toward a Co-operative Health and Social Care Sector », International Day of Co-operatives, July 6, [En ligne : <http://www.wisc.edu/uwcc/icic/today/health/>].

Jordan, J. [s.d.]. « New Option Expands Co-op Model », dans *Community Economics*, [s.p.].

Kenkel P. J. (1991) « Fla. panel urges co-op as part of access plan », dans *Modern Healthcare*, February, Vol. 21, Vol. 7, p. 29.

Ketilson, L. H. et al. (1998) « The Social and Economic Importance of the Co-operative Sector in Saskatchewan », Saskatoon, Centre for the Study of Co-operatives, University of Saskatchewan, 228 p.

Ketilson, L. H. (1990) « Community-based Models of Health Care: A Bibliography », Saskatoon, Centre for the Study of Co-operatives, University of Saskatchewan, 49 p.

Klein, J. D. et al. (2001) « Improving Adolescent Preventive Care in Community Health Centers », dans *Pediatrics*, 107(2), Feb. p. 318-327.

Koperski M. et J. E. Rodnick (1999) « Recent developments in primary care in the United Kingdom: from competition to community-oriented primary care », dans *Journal of Family Practice*, February, Vol. 48, No. 2, p. 140-145.

Lamarche, P., L. Lamothe, C. Bégin, M. Léger et M. Vallières-Joly (2002) « L'intégration des services : enjeux structurels et organisationnels ou humains et cliniques? », *Ruptures*, Vol. 8, No. 2, p. 71-92.

Lamarche, P. A., L. Lamothe, C. Bégin, M. Léger et M. Vallières-Joly (2001) « Effets des modes d'intégration des services en émergence dans la région socio-sanitaire des Laurentides », Rapport présenté au Fond pour l'adaptation des services de santé, 104 p.

Lamothe, L., Y. Dufour, J.-P. Fortin et J. Duplantie (2003a) « The Emergent Process of Public-Private Partnerships : A Canadian Experience in Health Care », *working paper*.

Lamothe, L. et P. Lamarche (2003b) « Les réseaux de services intégrés : Un arrangement structurel émergeant des communautés de pratique professionnelles locales », congrès de l'Association canadienne-française pour l'avancement des sciences, section Management public.

Lamothe, L., J.-P. Fortin et J. Duplantie (2003c.) « Quand les organisations publiques de santé et les firmes privées cherchent à s'approprier... », Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Mars.

Lamothe, L. (2002) « La recherche de réseaux de services intégrés : un appel pour un renouveau de la gouverne », *Gestion*, automne 2002, Vol. 27, No. 3, p. 23-30.

Langlois G. avec la collaboration de P. de Bortoli sous la direction de J.-P. Girard et B. Lévesque (à paraître a.) « La coop de solidarité en soins et services de St-Camille et son impact sur la cohésion sociale », Montréal, Centre de recherche sur les innovations sociales, Université du Québec à Montréal, Cahiers du CRISES, collection Études de cas d'entreprises d'économie sociale, *cahier ESO 409*.

Langlois G. avec la collaboration de P. de Bortoli sous la direction de J.-P. Girard et B. Lévesque (à paraître b.) « La coopérative de solidarité en aide domestique Domaine-du-Roy et son impact sur la cohésion sociale », Montréal, Centre de recherche sur les innovations sociales, Université du Québec à Montréal, Cahiers du CRISES, collection Études de cas d'entreprises d'économie sociale, *cahier ESO 408*.

Lea, R. et E. Mayo (2002) « The Mutual Health Service : How to decentralise the NHS. The Mutual State in Action », Institute of Directors and New Economics Foundation, 40 p.

Leese B., K. Baxter, N. Goodwin, J. Scott et A. Mahon (2001) « Measuring the success of primary care organizations: is it possible? », dans *Journal of Managed Medicine*, Vol. 15, No. 2, p. 172-180.

Lemieux, J.-G. (2001) « Nouvelle Vision entre Économie et Communauté : Le Cas de la Coopérative de santé et de Logement de la Rivière-des-Français », Sudbury, Thèse, Maîtrise en Sociologie, Université Laurentienne, 141 p.

Lévesque B., P. de Bortoli et J.-P. Girard (2004) « Social Cohesion and Deliberative Democracy: A Challenge for Co-operatives in Building the Common Good », dans Fairbairn B. and N. Russell (eds) *Co-operative membership and globalization New Directions in Co-operative Research and Practice*, Saskatoon, Center for the Study of Co-operatives, University of Saskatchewan, p. 51-62.

Lévesque, B. (2003) « Fonction de base et nouveau rôle des pouvoirs publics : Vers un nouveau paradigme de l'État », dans *Annals of Public and Cooperative Economics*, Vol. 74, No. 4, p. 459-513.

Lliffe S. et P. Lenihan (2003) « Integrating primary care and public health: learning from the community-oriented primary care model », dans *International Journal of Health Service*, Vol. 33, No. 1, p. 85-95.

Lyons W. S., J. Church et R. LaFleur (2000) « Evaluation of the Alexandra Community Health Centre : Final Report », Submitted to HTF Evaluation Management Team, JC Paragon Consulting, Edmonton, 151 p [version complete], 27 p [Résumé, En ligne : <http://www.health.gov.ab.ca/about/phc/projects/Calgary/AlexandraCHC/Alexander.pdf>].

Massachusetts League of Community Health Centers (2004) « Snapshot: Massachusetts Community Health Centers », Washington, D.C., National Association of Community Health Centers 2004 Annual Policy & Issues Forum, March 22-26, 10 p.

Massachusetts League of Community Health Centers (2003) « Community Health Centers As Economic Engines. An Overview of Their Impact On Massachusetts Communities and Families », Massachusetts League of Community Health Centers.

MEDCOST (2003) « Méthodologie de l'évaluation économique des programmes de santé », Magazine électronique de la santé, France, 5 p. [En ligne : www.medcost.fr/html/economie_sante_eco/principes.htm].

Miettinen A. et A. Nordlund (2000) « Institutional Limitations for Providing Co-operative Welfare in Sweden and Finland » dans *Journal of Co-operative Studies*, Vol. 33, No. 1, April, p. 39-52.

Montalto, M. et D. Dunt (1992) « The Evaluation of General Practice in Community Health Centres: A Critical Review », *Working Paper 25*, Centre for Health Program Evaluation, Victoria (Australia), 51 p. [En ligne : <http://chpe.buseco.monash.edu.au/pubs/wp25.pdf>].

Montana Faith-Health Cooperative (2002) « Disparities, Inequities and Injustices in Health Care: The Role of Faith-Based Organizations (FBOs) », [En ligne : <http://faithhealthcoop.montana.edu/whitepaper/disparities.html>].

Morell, C. Jane et al. (1998) « Cost Effectiveness of Community Leg Ulcer Clinics: Randomised Controlled Trial », dans *British Medical Journal (BMJ)*, Vol. 316, 16 Mai, 1998. p. 1487-1491.

Morrison, R. (1991) *We Build the Road as we Travel, Mondragon, A Cooperative Social System*, Philadelphie, New Society Publishers, 276 p.

National Association of Community Health Centers (2003) « Studies of Health Center Cost Effectiveness », NACHC, Bethesda (Maryland), 9 p.

Nations Unies (1998) *L'entreprise coopérative dans les secteurs de la santé et des services sociaux : Une étude à l'échelle mondiale*, Département de la coordination des politiques et du développement durable, New York, 439 p.

Nations Unies (1997) *Cooperative Enterprise in the Health and Social Care Sectors, A Global Survey*, New York, 176 p.

Neumann Peter J. et Magnus Johannesson (1994) « From Principle To Public Policy: Using Cost-Effectiveness Analysis », dans *Health Affairs*, Millwood, Vol. 13, No. 3, Summer, p. 206-214.

NHS (Scotland), [s.d.]. « Designed To Care: Renewing the National Health Service in Scotland, NHS, The Scottish Office », 3 p. [En ligne : www.scotland.gov.uk/library/documents1/care-axb.htm].

Nichols, M. L. (2003) « Association Health Plans and Alternative Ways to Increase Health Insurance Coverage Among Workers in Small Firms », United States Senate Committee On Small Business and Entrepreneurship, 15 p.

Nyssens, M. et O. Grégoire (2003) « Les entreprises sociales d'insertion par l'économie en Belgique », « Working Paper » dans le cadre du projet « The Socio-Economic Performance of Social Enterprises – PERSE - in the Field of Integration by Work » financé par l'Union européenne, Centre de recherches Interdisciplinaires pour la Solidarité et l'Innovation Sociale de l'Université Catholique de Louvain et Centre d'Économie Sociale de l'Université de Liège, 28 p.

Objectif Prévention [Périodique] (2003) « Portrait de pionniers en SST dans le Secteur de l'Aide Domestique : Une Coopérative constamment en ébullition ! », Objectif Prévention : Dossier Entretien Ménager à Domicile, Vol. 26, No. 3, 3 p.

Ohya, M. (1996) « The Role of Medical-Health Co-operatives in Japan », dans *The World of Co-operative Enterprise*, Plunkett Foundation, p. 95-100.

Paquet, G. (1999) *Oublier la révolution tranquille Pour une nouvelle socialité*, Montréal, Liber, 159 p.

Paraprofessional Health Institute (2000) « Closure: Cooperative Home Care of Boston : Accomplishments & Analysis », PHI, Bronx, New York, 18 p.

Petrella, F. (2001) « Proximity services in Belgium: An analysis of public and nonprofit relations », dans *Annals of Public and Cooperative Economics*, Vol. 72, No. 1, p. 77-101.

Pickin, D. M. (2001) « An Evaluation of A General Practice Co-operative », Thesis, Degree of Doctor of Medicine of the University of Sheffield, Medical Care Research Unit, 175 p.

Porterfield D. S. et L. Kinsinger (2002) « Quality of Care for Uninsured Patients with Diabetes in a Rural Area », dans *Diabetes Care*, Feb., 25(2): p. 319-323.

Quarter, J. (1995) « Crossing the line: Unionized Employee Ownership and Investment Funds », Toronto, Lorimer, 215 p.

Ratzka, D. A. (1996). STIL, The Stockholm Cooperative for Independent Living, [inedited], 4 p. [En ligne : <http://www.uildm.org/vi/v1/app2.htm>].

Ratza, D. A. (1993) « The User Cooperative model in personal assistance : The example of STIL, the Stockholm Cooperative for Independent Living », [inedited], 8 p. [En ligne : <http://www.independentliving.org/docs5/ratzka199301.html>].

Redden, C. J. (1999) « Rationing care in the community: engaging citizens in health care decision making », dans *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 24, No. 6, p. 1363-1389.

Restakis J. et E. A. Lindquist (eds) (2001) *The Co-op Alternative Civil Society and the Future of Public Services*, Toronto, The Institute of Public Administration of Canada, Institut d'administration publique du Canada, 184 p.

Richardson, J. (2001) « Why Economic Costs May Not Be of Interest In A National Health Scheme; Or Costs Fairness And Reverse Order Analysis », Centre for Health Program Evaluation (Health Economics Unit), Monash University, West Heidelberg (Australia), 28 p.

Richardson, J. et al. (1998) « The Measurement and Valuation of Quality of Life in Economic Evaluation », Centre for Health Program Evaluation (Health Economics Unit), Monash University, West Heidelberg (Australia), 28 p.

Richardson, J. (1997) « Critique and Some Recent Contributions to the Theory of Cost Utility Analysis », Centre for Health Program Evaluation (Health Economics Unit), Monash University, West Heidelberg (Australia), 17 p.

Romanow, R. J. (2002) « Guidés par nos valeurs: L'avenir des soins de santé au Canada », Ottawa, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, Rapport final, 427 p, [En ligne : www.hc-sc.gc.ca/francais/soins/romanow/index1.html].

Rosenthal T. C., R. P. Bissonette et J. S. Parisella (1991) « Establishing a rural hospital cooperative: a case study », dans *Journal of Rural Health, Fall*, Vol. 7, No. 5, p. 589-598.

Sahar, D. (2002) « Universal access to health care: An international comparison », dans *The Nation's Health*, Spring, 20 p. [En ligne : www.apha.org/journal/nation/accesstocareexclus502.htm]

Salisbury, C. (1997) « Evaluation of a general practice out of hours cooperative: a questionnaire survey of general practitioners », dans *British Medicine Journal*, No. 314 (May 31), p. 1598-1599.

Saskatchewan Health (1983) « Community Clinic Study », Policy Research and Management Services Branch, Regina, 81 p. et annexes.

Savio, M. et A. Righetti (1993) « Cooperatives as a social enterprise in Italy: a place for social integration and rehabilitation », dans *Acta Psychiatry Scandinavia*, October, Vol. 88, No. 4, p. 238-242.

Segal, L. et T. Jackson (1992) « An Approach to Economic Evaluation of Community Health Centres », Working Paper 18, Centre for Health Program Evaluation, Victoria (Australia), 51 p, [En ligne : <http://chpe.buseco.monash.edu.au/pubs/wp18.pdf>].

Sinats, K. (2001) « Health Co-operatives; A Viable Solution to the Current Crisis in Health Service Delivery », Victoria, British Columbia Institute for Co-operative Studies, University of Victoria, 31 p.

Size, T. (2003) « The Rural Wisconsin Health Cooperative : A Cooperative Model for Health Care », 2003 Co-op Gala, Ontario Co-operative Association, October 15th.

Smith D. R. (1994) « Reducing healthcare costs through co-op care », dans *Nursing Management*, June, Vol. 25, No. 6, p. 44-47.

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

St. Martin, E. E. (1996) « Community Health Centers and Quality of Care : A Goal to Provide Effective Health Care to the Community », dans *Journal of Community Health Nursing*, 13(2) p. 83-92.

Stryjan, Y. et F. Wijkström (1996) « Cooperatives and Nonprofit Organizations In Swedish Social Welfare », dans *Annals of Public and Cooperative Economics*, Vol. 67, No. 1, p. 5-27.

Stubbs, M. (1996) « Co-operative Enterprise in Health and Social Care : A Lesser Known Contribution to Societal Well-being », *Review of International Co-operation*, Vol. 89, No 1, p. 76-81, International Co-operative Alliance [En ligne : <http://www.wisc.edu/uwcc/ivic/today/health/>]

Tatlay, U. S., C. Rushton et K. Sinats (2002) « Rainbow Community Health Co-operative : A Case Study », Victoria, British Columbia Institute for Co-operative Studies, 15 p.

Ternegren, E. et O. Jobring (1996) « Co-operative Health and Childcare Models in the Swedish Welfare System », dans *The World of Co-operative Enterprise*, Plunkett Foundation, p. 115-123.

Ullrich, G. (2000) « Innovative Approaches to Co-operation in Health Care and Social Services », dans *Journal of Co-operative Studies*, Vol. 33, Num. 1, April, p. 53-71.

United Nations & International Co-operative Alliance, 1996. Review of National Experience in Promoting and Supporting the Contribution of Co-operatives to Social Development: Co-operative Enterprise in the Health and Social Care Sectors, A Global Review and Proposals for Policy Coordination, [En ligne : <http://www.wisc.edu/uwcc/ivic/orgs/copac/member/un/reports/UN-ICA---Co-ops-in-the-Health---Social-Ca1/index.html>]

United States Senate (2003) « Promoting Health Care Purchasing Cooperatives Act », [En ligne : <http://www.theorator.com/bills108/s39.html>].

Vaillancourt, Y. et C. Jetté (2003) « Notre regard sur l'économie sociale et le soutien à domicile » dans Vaillancourt, Y., F. Aubry et C. Jetté (sous la dir.) *L'économie sociale dans les services à domicile*, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec, 341 p.

Vaillancourt, Y. et C. Jetté (1999) « Le rôle accru du tiers secteur dans les services à domicile concernant les personnes âgées au Québec », Montréal, Département de travail social, Université du Québec à Montréal, *Cahiers du LAREPPS No 99-03*, 39 p.

Vaillancourt, Y. avec la collaboration de C. Jetté (1997) « Vers un nouveau partage des responsabilités dans les services sociaux et de santé : Rôles de l'état, du marché, de l'économie social et du secteur informel », Montréal, Département de travail social, Université du Québec à Montréal, *Cahiers du LAREPPS no 97-05*, 302 p.

Vern, H. [s.d.]. « Co-operative Health », [En ligne : http://www.australia.coop/dp_health.htm].

Vienney, C. (1994) *L'économie sociale*, Paris, La Découverte, 126 p.

Voluntary Hospitals of America (VHA) (2004) « The Cooperative Advantage », VHA, Irving (Texas), 7 p.

Weisbrod, G. et B. Weisbrod (1997) « Measuring Economic Impacts Of Projects And Programs », Economic Development Research Group, Boston, 11 p.

Williams, B. E. et J. Finley (2002) « Recensement des organismes prestataires de services de santé et de services connexes dans deux localités albertaines », Ottawa, Santé Canada, pp. 104-192.

Wilson, E. (2002) « Le secteur bénévole de la santé: Promoteur efficace du financement de la recherche en santé », Fondation des maladies du cœur, 103 p.

Wright, R. A. (1993) « Community-oriented primary care : The cornerstone of health care reform », dans *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, Vol. 269, No. 19, May, p. 2544-2547.

Zitner, D. et B. L. Crowley (2002) « Public Health, State Secret », Atlantic Institute for Market Studies (AIMS), Halifax, 26 p.

⇒ **Périodiques**

Compartir, The Espriu Foundation Magazine, No. 44, Spring, 2002.

IHCO News – Newsletter of the International Health Co-operative Organization

January 1997

February 1997

January 1999

January 2000

January 2001

February 2001

January 2002

January 2003

February 2003