

Institut de recherche et d'enseignement
pour les coopératives de l'Université de Sherbrooke
(IRECUS)

Faculté d'administration

Université de Sherbrooke

LE RÔLE DE LA GESTION DES PARTIES PRENANTES
DANS LE DÉVELOPPEMENT DES COOPÉRATIVES
DE SERVICES DE SANTÉ AU QUÉBEC,
LE CAS DE LA COOPÉRATIVE DE SANTÉ
LES GRÈS

Par

YANN OMER-KASSIN ©

ESSAI / MÉMOIRE PRÉSENTÉ

Pour l'obtention de
LA MAÎTRISE EN GESTION ET DÉVELOPPEMENT
DES COOPÉRATIVES

Sherbrooke

AVRIL 2002

Résumé

Au cours de la dernière décennie, les services de santé et les services sociaux ont connu d'importantes mutations au Québec. Face à la globalisation des marchés et à ses exigences de privatisation, de libéralisation et de déréglementation, les dirigeants et les leaders du secteur de la santé ont progressivement changé leurs politiques de gestion du bien commun. Mentionnons simplement à cet effet que le virage ambulatoire, subséquent à la politique du « déficit zéro », a retourné une partie de la clientèle à leur domicile et a transféré aux CLSC de nouvelles responsabilités. Loin de connaître un financement adéquat, les services publics de santé ne sont malheureusement plus en mesure de répondre aussi efficacement aux besoins croissants de la population québécoise.

Parallèlement aux cliniques privées, aux corporations d'économie sociale oeuvrant dans le secteur de l'aide à domicile, le mouvement coopératif québécois tente à son tour d'investir le secteur des services de santé et des services sociaux. Jusqu'à présent, bien peu de projets coopératifs ont réellement vu le jour. En fait, bien des obstacles d'ordre financier, politique et législatif semblent ralentir les ardeurs de certains promoteurs. Dans la présente recherche, nous émettons l'hypothèse que plusieurs de ces obstacles peuvent être surmontés si les promoteurs ont recours à la gestion des parties prenantes. Le cadre d'analyse de cette recherche repose sur la théorie de Donaldson et al. (1995) selon laquelle le développement d'une organisation dépend en bonne partie d'une multitude d'acteurs qui souhaitent voir leurs besoins et intérêts satisfaits.

Par l'entremise de l'étude du cas de la coopérative de services de santé de St-Étienne-des-Grès, projet initié par la population locale, nous faisons la démonstration qu'il est effectivement possible de mettre sur pied un service de santé coopératif au Québec. Afin de prouver que les promoteurs ont bel et bien tenté de concilier les besoins et les intérêts de tous les acteurs impliqués de près ou de loin dans la mise sur pied de la coopérative de services de santé, nous avons comparé le discours officiel de chaque acteur avec leur implication réelle dans le développement de la Coop-Santé Les Grès. Pour ce faire, nous avons eu recours à une revue littéraire et à une série d'entrevues semi-dirigées. Nous constatons, au terme des analyses descriptives et comparatives, que les différences entre le positionnement officiel et l'implication réelle de certains acteurs sont dues en bonne partie au travail des promoteurs et des dirigeants de la coopérative qui ont pris soin d'être à l'écoute des exigences, des besoins et des intérêts de ces derniers. Au terme de cette recherche nous soulignons les erreurs et les apprentissages positifs réalisés lors de l'analyse du développement de ce projet. Ces constats nous amènent d'ailleurs à proposer un modèle de gestion des parties prenantes adapté à la réalité des entreprises coopératives.

Remerciements

Mes remerciements vont à l’Institut de recherche et d’enseignement pour les coopératives (IRÉCUS) et à sa Chaire de recherche Desjardins en coopération et développement du milieu.

Je tiens aussi à remercier très sincèrement M. Paul Prévost, sans qui la réalisation de cet essai n’aurait été possible. Son support, ses conseils et son expérience m’ont été des plus précieux dans le développement et la rédaction de cette recherche.

Note : L’usage du masculin ne vise qu’à alléger le texte.

Sommaire

<u>RÉSUMÉ</u>	3
<u>REMERCIEMENTS</u>	4
<u>SOMMAIRE</u>	5
<u>TABLE DES FIGURES</u>	7
<u>INTRODUCTION</u>	8
<u>CADRE D'ANALYSE : LA THÉORIE DES PARTIES PRENANTES</u>	15
1. <u>DÉFINITIONS DE PARTIES PRENANTES</u>	16
2. <u>MODÈLE DES PARTIES PRENANTES</u>	17
3. <u>LA THÉORIE DES PARTIES PRENANTES</u>	19
3.1 <u>L'aspect descriptif</u>	20
3.2 <u>L'aspect instrumental</u>	20
3.3 <u>L'aspect normatif</u>	21
4. <u>LA GESTION DES PARTIES PRENANTES</u>	22
<u>LA MÉTHODOLOGIE</u>	24
1. <u>L'ÉTUDE DE CAS</u>	25
2. <u>LA REVUE DE LITTÉRATURE</u>	26
3. <u>L'ENTREVUE SEMI-DIRIGÉE</u>	27
4. <u>LES COMPOSANTES DU PROJET DE RECHERCHE</u>	28
4.1 <u>Les questions étudiées</u>	28
4.2 <u>Hypothèse de recherche</u>	28
4.3 <u>Unité d'analyse</u>	28
5. <u>L'ANALYSE DES DONNÉES</u>	29
<u>LE DÉVELOPPEMENT COOPÉRATIF DANS LE DOMAINE SOCIOSANITAIRE</u>	32
1. <u>ÉTAT DES COOPÉRATIVES DANS LE DOMAINE SOCIOSANITAIRE AU QUÉBEC</u>	36
2. <u>POSITIONNEMENT OFFICIEL DES PARTIES PRENANTES</u>	38
2.1 <u>Les investisseurs</u>	38
2.1.1 <u>Le financement</u>	39
2.1.2 <u>L'autofinancement</u>	41
2.2 <u>Les employés</u>	43
2.3 <u>Les fournisseurs</u>	43
2.4 <u>Les clients</u>	44
2.5 <u>Le Gouvernement</u>	45
2.5.1 <u>Le Ministère de la santé et des services sociaux</u>	45
2.5.2 <u>Ministère de l'industrie et du commerce</u>	48
2.6 <u>Les groupes de pression</u>	49
2.7 <u>La communauté et les autorités municipales</u>	51
2.7.1 <u>La communauté</u>	51
2.7.2 <u>Les autorités municipales</u>	52
2.8 <u>Associations commerciales ou professionnelles</u>	53
2.8.1 <u>Le Conseil de la coopération du Québec</u>	53
2.8.2 <u>Les coopératives de développement régional</u>	54
2.8.3 <u>Les fédérations et ordres de professionnels de santé</u>	55

SYNTHÈSE DU CAS DE LA COOP-SANTÉ LES GRÈS	58
1. <u>ÉMERGENCE DE LA COOPÉRATIVE</u>	59
1.1 <u>La communauté et les autorités municipales</u>	59
2. <u>LES PREMIÈRES APPROCHES</u>	60
2.1 <u>La Caisse populaire de St-Étienne-des-Grès</u>	60
2.2 <u>La Coopérative de développement régionale de Lanaudière et la Fédération des Caisse populaires Desjardins</u>	62
2.3 <u>Le conseil d'administration</u>	63
2.4 <u>Le Ministère de l'industrie, du commerce, des sciences et des technologies</u>	63
3. <u>LE DÉMARRAGE DE LA COOP-SANTÉ LES GRÈS</u>	64
3.1 <u>Les clients de la Coop-Santé Les Grès</u>	65
3.2 <u>Les professionnels de la santé et les employés</u>	66
3.3 <u>Les fournisseurs</u>	67
3.4 <u>Le Ministère de la santé et des services sociaux</u>	68
3.5 <u>Les syndicats</u>	69
4. <u>L'ÉVOLUTION DE LA COOPÉRATIVE</u>	70
ANALYSE COMPARATIVE	73
1. <u>L'ANALYSE COMPARATIVE DE L'IMPLICATION DES PARTIES PRENANTES</u>	73
1.1 <u>Les investisseurs</u>	73
1.1.1 <u>Les membres</u>	73
1.1.2 <u>Les professionnels de la santé</u>	75
1.1.3 <u>Le Mouvement des Caisse populaires Desjardins</u>	76
1.2 <u>Les employés</u>	77
1.3 <u>Les fournisseurs</u>	77
1.4 <u>Les clients</u>	78
1.5 <u>Le Gouvernement</u>	78
1.5.1 <u>Le Ministère de l'industrie, du Commerce, des Sciences et des Technologies</u>	78
1.5.2 <u>Le Ministère de la santé et des services sociaux</u>	79
1.6 <u>Les syndicats</u>	81
1.7 <u>Les associations commerciales et professionnelles</u>	83
1.8 <u>La communauté</u>	83
2. <u>AUTRES IMPLICATIONS</u>	84
APPRENTISSAGES ET TRANSFERTS POSSIBLES	86
1. <u>LES APPRENTISSAGES</u>	87
1.1 <u>Les leçons positives</u>	87
1.1.1 <u>Besoins exprimés par la base</u>	87
1.1.2 <u>La personnalité des parties prenantes</u>	88
1.1.3 <u>La diversité des parties prenantes impliquées</u>	90
1.1.4 <u>Nature coopérative et gestion des parties prenantes</u>	91
1.1.5 <u>L'implication de personnes charnières</u>	92
1.1.6 <u>Impact de l'environnement</u>	94
1.2 <u>Certains points à améliorer</u>	95
1.2.1 <u>Le lien d'usage</u>	95
1.2.2 <u>La formule coopérative</u>	97
1.2.3 <u>Rapport public-privé</u>	98
1.2.4 <u>Limites du discours officiel des parties prenantes</u>	100
2. <u>TRANSFERTS POSSIBLES</u>	101
2.1 <u>Impacts des apprentissages</u>	102
2.2 <u>Nouveau modèle des parties prenantes</u>	104
CONCLUSION	106
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	110
ANNEXE 1	114

TABLE DES FIGURES

FIGURE 1

Modèle de l'entreprise : Modèle intrants-extrants 18

FIGURE 2

Modèle de l'entreprise : Modèle des parties prenantes 18

FIGURE 3

Modèle de l'entreprise : Nouveau modèle des parties prenantes 104 |

INTRODUCTION

D'entrée de jeu et au-delà de toute considération partisane, il convient de souligner que le capitalisme néolibéral des dernières décennies a considérablement transformé le paysage politique et socioéconomique de nos sociétés occidentales. Alors que les tenants d'une économie globalisée et libérée de toute contrainte font sans relâche la promotion d'une ouverture des marchés et d'une application des accords de libre-échange, les dirigeants politiques concèdent leur pouvoir et consentent à la déréglementation de toute une série de services étatiques.¹ Certes, les États dits « en voie de développement » subissent sans relâche les sévères programmes d'ajustement structurel imposés par les institutions de Bretton-Woods et témoignent sans broncher de l'exploitation de leurs ressources humaines et naturelles. C'est de façon à peine plus voilée que les citoyens canadiens et québécois assistent eux aussi au démantèlement de l'État providence et à la montée de l'économie virtuelle exacerbant les inégalités sociales et économiques. Dans ce contexte de marchandisation du vivant, de soumission aux lois du marché, « *la libéralisation des services menace les services publics, qui [eux-mêmes] sont susceptibles d'être privatisés ou commercialisés.* »²

En novembre 2001 à Doha, au Qatar, se tenait la quatrième conférence ministérielle, regroupant les délégués de 142 pays membres de l'Organisation mondiale du commerce (OMC), dans le but de lancer un nouveau cycle de négociations. Suite à cette rencontre et face au contexte d'instabilité économique mondiale, tout porte à croire que l'OMC tentera, entre autres, d'accélérer les négociations de plusieurs accords, dont les travaux portant sur l'Accord général sur le commerce et les services (AGCS) amorcés en février 2000. Selon le directeur général de l'OMC, M. Mike Moore : « *L'économie mondiale a besoin d'un signal de confiance avec l'ouverture des marchés...* »³ Toutefois, le but principal de cet accord est plutôt de :

¹ Il existe au Québec le Secrétariat à l'allégement réglementaire rattaché au Ministère du Conseil exécutif (MCE). Ainsi, « à l'issue du Sommet sur l'économie et l'emploi (1996), le gouvernement décidait de constituer le Groupe conseil sur l'allégement réglementaire. Le Groupe est formé principalement de gens d'affaires mais il compte également des membres émanant des milieux syndicaux et des spécialistes de la réglementation environnementale. Lancé le 15 septembre 1997 par le Premier ministre, il a pour mandat de conseiller le gouvernement sur les mesures d'allégement réglementaire susceptibles d'améliorer la compétitivité des entreprises québécoises. » http://www.formulaire.gouv.qc.ca/cgi/affiche_doc.cgi?dossier=1539&table=0

² LEE, M., *À l'intérieur de la forteresse : les enjeux des négociations sur la ZLÉA*, Centre canadien de politiques alternatives, Ottawa, 2001, p.35.

³ AGENCE FRANCE-PRESSE, *Conférence de l'Organisation mondiale du commerce Les positions se cristallisent*, Le Devoir, 10-11 novembre 2001.

« ... restreindre tous les paliers de gouvernement dans la prestation de services, et de faciliter l'accès aux contrats gouvernementaux à toutes les sociétés transnationales dans une multitude de domaines dont les soins de santé, les soins hospitaliers [...] l'éducation, [...] le droit, l'assistance sociale [...] l'énergie, les services d'eau [...] les transports, et bien d'autres encore. »⁴

Selon Suzanne Georges (2001), les services sont sujets de convoitise. Difficile de croire le contraire lorsqu'on estime à 2000 milliards de dollars le « marché » de l'éducation mondiale et à 3500 milliards de dollars celui de la santé. L'auteur affirme que : *« le nombre et la variété des domaines impliqués, la multiplicité des moyens pour abolir le pouvoir de régulation des États et la quasi-irréversibilité des concessions, une fois celles-ci accordées, font de cet accord un véritable cheval de Troie de la démocratie »⁵*

Cette privatisation du « bien commun » est donc bel et bien amorcée et les lobbies d'affaires semblent déterminés à continuer d'en faire la promotion. La rapidité d'avancement des traités internationaux (ententes bilatérales, multilatérales, accords de libre-échange) portant sur l'investissement, la propriété intellectuelle, l'agriculture, les normes du travail, etc. en sont la preuve. Les acquis quant à la gestion des services sociaux sont partout remis en cause.

Bien entendu, le Québec n'échappe pas à cette vague de déréglementation et de privatisation. Au début des années 80, les citoyens de la province ont témoigné d'importantes transformations organisationnelles, entre autres au niveau du système de santé. L'interventionnisme de l'État a rudement été mis à l'épreuve et il semble que l'heure soit maintenant à la création de « partenariats » avec le secteur privé.

C'est dans ce contexte que le virage ambulatoire, amorcé au début des années 90 et subséquent à la politique étatique du « déficit zéro », s'est traduit par des cures d'assainissement des milieux hospitaliers, renvoyant du coup une partie importante de la clientèle à leur domicile. Pourtant, la population québécoise est vieillissante, la demande de services et de soins de santé est en pleine croissance et les CLSC réclament depuis longtemps un meilleur support financier. Ce désengagement est lourd de conséquences. Alors que l'État s'affaire à stabiliser ses dépenses publiques, on assiste à une forte

⁴ OPÉRATION SALAMI, *De l'ALÉNA à la ZLÉA, vers un nouvel AMI ? Les enjeux du « libre »-échange et de la Zone de libre-échange des Amériques dans le contexte de la mondialisation*, Montréal, Version 1.2, 2001, p. 66.

⁵ GEORGE, S., *Remettre l'OMC à sa place*, ATTAC, Édition Mille et une nuits, Paris, 2001, p. 54.

croissance d'entreprises privées dans le domaine sociosanitaire au Québec. En effet, de 1980 à 2000 « [...] conjuguée à l'augmentation des besoins, la portion des dépenses de nature privée dans l'ensemble des dépenses [en santé] est passée de 18 à 32%. »⁶ Bien entendu, les initiatives privées se concentrent dans les secteurs lucratifs de la santé et permettent de développer des projets de méga-cliniques, de recherche et développement, de soins spécialisés ou encore d'hébergements et de services de santé à domicile pour les gens aisés. L'émergence d'un « système de santé à deux vitesses » remet inévitablement en question la notion du droit universel et d'accès gratuit à des services et des soins de santé.

L'État québécois tient pourtant à ce principe. En février 1999, dans un avis adressé aux promoteurs de différents projets de santé au Québec, le Ministère de la santé et des services sociaux réaffirmait :

*« sa responsabilité en matière de soins de santé, soit en matière de soins médicaux, de soins infirmiers, de services de réadaptation, etc., qui sont les services médicalement requis. Le MSSS n'entend d'aucune façon favoriser le partage de ses responsabilités, qui sont l'apanage du réseau public. »*⁷

S'il est vrai qu'il incombe à l'État d'offrir à la population des services de santé adéquats et accessibles à tous, force nous est de reconnaître que les efforts déployés par l'administration publique n'arrivent pas à endiguer la forte tendance à la privatisation des services de santé. C'est d'ailleurs ce qui pousse plusieurs personnes à croire que la gestion et l'offre des services et des soins de santé ne pourront être assurées par l'État que si les citoyens assument une partie des frais au prorata de leur utilisation des services. Comme l'affirme Isabelle Garon (1997) : « un système de santé universel et accessible exige une responsabilisation des utilisateurs ainsi que de tous les acteurs face aux coûts qu'il entraîne [...]. Sa gestion ne peut plus être uniquement confiée à l'État mais doit être partagée entre ce dernier et la société consommatrice »⁸ Malheureusement, cette approche est loin de convenir à tous les citoyens puisque plusieurs sont à la fois peu fortunés et grands utilisateurs de services sociosanitaires.

⁶ GIRARD, J.P., GARON, I. *Les coopératives dans le domaine sociosanitaire au Québec : état de la situation*, Cahier de recherche, Chaire de coopération Guy Bernier, (UQAM), 2000, p. 5.

⁷ GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, Ministère du conseil exécutif, Le secrétariat du Sommet sur l'économie et l'emploi, *Position gouvernementale sur la place des entreprises en matière de soins de santé*, (1999), <http://www.mce.gouv.qc.ca/economiesociale/html/sant%E9.html>, (août 2001).

⁸ GARON, I. *Le développement des coopératives de services de santé au Québec : les conditions de création et d'émergence*, Mémoire, IRECUS, (Université de Sherbrooke), 1997, p.7.

D'autre part, entre les services offerts par l'État et ceux dispensés par les entreprises privées, il reste encore bien des besoins insatisfaits. Dans ce contexte, plusieurs organisations et entreprises à but non lucratif cherchent à jouer, elles aussi, un rôle actif dans le domaine sociosanitaire au Québec.

À titre d'exemple, le Chantier de l'économie sociale a encouragé les organisations à but non lucratif (OBNL), dont les coopératives, à investir et à développer le secteur des services d'aide à domicile pour les personnes handicapées et les personnes âgées en perte d'autonomie. Aujourd'hui, le Québec compte plus de 300 organisations dans ce secteur. Manifestement, la venue de ces entreprises répond à des besoins croissants pour une proportion significative de la population.

D'autres initiatives faisant appel à une pleine participation de la population ont vu le jour au cours de la dernière décennie. C'est le cas, notamment, des coopératives de services de santé mises sur pied principalement en région pour pallier aux difficultés d'accessibilité à des services de santé de première ligne. Cette formule alternative est le fruit d'un travail soutenu mené par une association d'acteurs déterminés à faire converger leurs intérêts et à répondre aux besoins de la population. L'essor de ces organisations d'économie sociale dans le secteur de la santé est directement relié au contexte du virage ambulatoire et aux sombres coupures effectuées ces dernières années.

Les entreprises coopératives de services de santé présentent l'avantage de répondre directement aux besoins exprimés par une communauté. À la différence des cabinets privés, des polycliniques et des CLSC, ce type d'organisation, bien que réglementé par le gouvernement du Québec, est administré de façon démocratique par ses membres-propriétaires. Les coopératives de services de santé respectent évidemment les principes d'accessibilité et de gratuité en ce qui concerne le panier de services couvert par le régime d'assurance maladie du Québec (RAMQ). Leur mission première est de faire de la prévention mais aussi de dispenser ou de rendre accessible des services et des soins de santé aux membres comme aux non-membres.

Malheureusement, ce modèle d'entreprise, impliquant une réelle participation communautaire, ne semble pas connaître le succès recherché par ses promoteurs si l'on compare le faible nombre de coopératives de services de santé aux centaines de polycliniques privées présentes sur l'ensemble du territoire de la province. Pourtant, les coopératives de services de santé contribuent au mieux-être des citoyens qu'elles servent. Certaines collectivités ont vu leurs besoins satisfaits là où les entreprises privées et les services publics ont échoué. Malgré cela, il semblerait que l'ensemble des conditions de création et d'émergence des coopératives de services de santé n'est que très rarement satisfait.

Le présent essai tente justement de faire la démonstration qu'il existe des conditions qualitatives nécessaires à l'émergence de nouvelles entreprises coopératives offrant des services et des soins de santé au Québec. Nous répondrons par le fait même à la question posée par M. Louis Jacques Filion (2001) soit : « *Quels sont les soutiens et les conditions à mettre en place pour faire connaître la formule coopérative et mieux soutenir la création de coopératives, quel que soit le domaine concerné ?* »⁹ La recherche portera plus spécifiquement sur les jeux de pouvoir et l'influence que peuvent exercer différents acteurs ayant des intérêts distincts à l'égard de ce type de projet coopératif. En d'autres mots, la gestion des relations entre les parties prenantes et la satisfaction des intérêts de chaque acteur peuvent-ils être des éléments clés dont il importe de tenir compte dans la mise sur pied d'une coopérative de services de santé ?

Afin d'exposer clairement les fruits de notre recherche exploratoire, voici comment le présent document se divisera.

Le premier chapitre définit le cadre d'analyse qui nous servira de référence pour cette recherche. Nous camperons les principales caractéristiques de la théorie des parties prenantes (théorie des *stakeholders*).¹⁰ Le modèle de Donaldson et al. (1995) et les compléments de l'approche féministe de Wicks et al. (1994) nous permettront de mieux cerner les dynamiques relationnelles qui existent autour des entreprises coopératives et les défis de *management* qui se présentent aux promoteurs de ce type d'organisation. Nous pourrons alors constater que cette théorie se distingue, à bien des égards, du modèle traditionnel des relations d'entreprise.

Le second chapitre traitera de la méthodologie utilisée dans le cadre de cette recherche exploratoire. Le caractère qualitatif de cette étude détermine évidemment le type de données que nous avions à recueillir sur le terrain. Pour en arriver à présenter une analyse cohérente du rôle de la gestion des parties prenantes, nous avons eu recours à une étude de cas, soit celle de la Coop-Santé Les Grès. Pour ce faire, nous devions d'abord réaliser une revue littéraire puis mener une dizaine d'entrevues semi-dirigées avec les principales parties prenantes impliquées dans le démarrage et le développement de la coopérative de services de santé de St-Étienne-des-Grès. A titre de recherche exploratoire, le présent essai tente donc de déterminer le rôle de la gestion des parties prenantes dans la mise sur pied d'une entreprise collective. Les résultats de cette étude nous ouvriront la porte sur de nouvelles

⁹ BOIVIN, I. FILION, J., *La Coop-santé Les Grès*, École des HEC, dans *Organisation et territoires*, Chicoutimi, vol 10, numéro 3, automne 2001, p. 72.

¹⁰ « *Les parties prenantes sont les individus ou les groupes d'individus bénéficiant des avantages ou des inconvénients présents ou éventuels conséquents à l'action ou l'inaction de l'entreprise* », traduit de DONALDSON, T.;PRESTON, L .E. (1995). “The Stakeholders Theory of the Corporation : Concepts, Evidence, and Implications”, *Academy of Management Review*, Vol. 20(1), pp. 65-91.

avenues de recherche qui enrichiront la connaissance et les moyens de promouvoir le modèle coopératif dans le domaine sociosanitaire au Québec.

Le troisième chapitre de cette recherche portera sur le positionnement actuel des différents acteurs impliqués de près ou de loin dans le développement des coopératives de santé au Québec. Il existe en effet une kyrielle d'acteurs qui ont des intérêts différents face à ce type d'initiative et leur influence est significative quant au devenir des coopératives oeuvrant dans le secteur de la santé. Nous résumerons donc la position officielle des parties impliquées dans l'émergence et le développement de ce type d'entreprise collective. Chaque groupe d'acteurs correspondra à une catégorie désignée par le modèle de gestion des parties prenantes de Donaldson et al. (1995). Ces parties prenantes sont les investisseurs, les clients, les employés, les fournisseurs, le gouvernement, les organismes de pression, les associations professionnelles et la communauté. L'information utilisée pour résumer le positionnement officiel de ces acteurs est principalement tirée d'une revue de littérature.

Le quatrième chapitre traitera du cas de la coopérative de services de santé de St-Étienne-des-Grès. Ce chapitre sera une synthèse de l'information relevée à travers la revue de littérature et les informations recueillies lors des entrevues semi-dirigées menées auprès des acteurs impliqués dans la mise sur pied de la Coop-Santé Les Grès. Le recours à l'étude d'un cas particulier s'inscrit dans une démarche exploratoire visant à démontrer ou infirmer le lien qu'il peut y avoir entre la théorie des parties prenantes et le succès du projet de la communauté. L'analyse descriptive du positionnement de chaque partie prenante et du mode de gestion de ces parties par les promoteurs et dirigeants du projet nous dévoilera la synergie réelle qui s'est construite entre les acteurs. Cette première analyse descriptive nous introduira ensuite à une analyse comparative des résultats recueillis aux chapitres 3 et 4. Notons que le respect de la typologie des parties prenantes nous garantira une cohérence entre les chapitres et facilitera notre analyse du rôle de la gestion des parties prenantes dans le démarrage et le développement des coopératives de services de santé au Québec.

Le cinquième chapitre sera l'occasion de relever les différences qui existent entre le discours officiel des acteurs identifiés comme parties prenantes dans le développement d'entreprises coopératives oeuvrant dans le domaine sociosanitaire et l'implication réelle de ces mêmes acteurs dans la mise sur pied du projet de St-Étienne-des-Grès. En d'autres termes, c'est à cette étape que l'analyse comparative nous permettra de comprendre pourquoi il existe des différences significatives entre le discours et la pratique de certaines parties prenantes. Dans la démarche exploratoire de la présente recherche, ce chapitre nous permettra d'évaluer si le succès de la Coop-Santé Les Grès est, entre autres, dû à une gestion des intérêts et des

besoins des différentes parties et s'il s'agit d'une prémissse essentielle à la mise sur pied de ce type d'entreprise.

Le sixième et dernier chapitre traitera des apprentissages et des leçons à tirer de l'analyse que nous avons effectuée aux chapitres 4 et 5. Puisqu'il s'agit d'une recherche exploratoire, ce chapitre annoncera, en quelque sorte, de nouvelles voies à explorer pour mieux comprendre la dynamique d'émergence des entreprises coopératives offrant des services et des soins de santé au Québec.

CADRE D'ANALYSE : LA THÉORIE DES PARTIES PRENANTES

Pour bien comprendre les difficultés qui se présentent à la création d'entreprises coopératives dans le domaine sociosanitaire au Québec, on peut tenter d'analyser le rôle et l'intérêt que chaque intervenant a vis-à-vis le projet. Pour ce faire, il importe de mener une recherche qui s'appuie sur des bases scientifiques. Celles que nous utiliserons sont issues de la théorie des parties prenantes (*stakeholder theory*).

Il est vrai que l'élaboration et le démarrage d'une entreprise passent nécessairement par une fine gestion stratégique du projet, tant au niveau logistique, matériel, humain que financier. Toutefois, les projets les mieux planifiés peuvent être compromis si les promoteurs n'arrivent pas à satisfaire les besoins et intérêts des différents intervenants impliqués. A ce sujet, plusieurs auteurs s'entendent pour affirmer que l'État provincial et les unions syndicales font partie des acteurs influents qui sont réfractaires, encore aujourd'hui, au développement coopératif dans le domaine de la santé. Bien entendu, à chaque projet se présenteront différents intervenants (autorités locales, organismes de financement, population, etc.) qui, selon leur position économique et sociale, peuvent exercer un pouvoir influant sur le destin du projet.

Isabelle Garon (1997) souligne avec raison que l'émergence des coopératives de services de santé exige que : « *l'appui et la collaboration d'intervenants économiques et sociaux, municipaux et régionaux [soient] préalables au processus de démarrage de la coopérative* », que « *l'identification des vrais leaders, reconnu dans le milieu, est très importante* » et que « *les professionnels de la santé doivent être approchés et recrutés immédiatement [...] car ils sont une condition essentielle au démarrage* »¹¹.

Face à cette problématique d'insertion des coopératives dans le domaine sociosanitaire au Québec, nous émettons l'hypothèse que les projets coopératifs qui existent actuellement ont tenu compte des intérêts et des attentes des différentes parties impliquées de près ou de loin. Ainsi, une gestion selon la théorie des parties prenantes (*stakeholder's management*) permettrait de rallier les intérêts de plusieurs acteurs influents et optimiserait les chances du démarrage d'un projet de coopérative dans le secteur de la santé. Cette théorie des parties prenantes servira de cadre d'analyse à la réalisation de cet essai.

¹¹ GARON, I. « Le développement des coopératives de services de santé au Québec : les conditions de création et d'émergence », *Mémoire*, IRECUS, (Université de Sherbrooke), 1997, p.107.

Le cadre d'analyse sur lequel repose l'analyse de la situation des coopératives dans le domaine sociosanitaire se réfère en grande partie à la théorie élaborée par Donaldson et al. (1995). Certaines notions complémentaires tirées des écrits de Clarkson et al. (1995) et Wicks (1994) sont ajoutées pour permettre une meilleure compréhension du concept des parties prenantes.

Depuis les publications de Freeman (1984) sur les parties prenantes (*stakeholders*), les études réalisées ont permis aux chercheurs et aux praticiens de décrire, d'expliquer, de prédire et de prescrire les comportements des entreprises, de leurs gestionnaires et de leurs partenaires. La littérature portant sur le concept des parties prenantes est donc abondante. D'ailleurs, on observe une croissance particulièrement importante du nombre d'études sur le sujet au cours des cinq dernières années (plus de 50% entre 1995 et 2000)¹². Aujourd'hui, ce concept de gestion est mis en application dans plusieurs secteurs tels que la performance organisationnelle, l'éthique corporative, le développement local et durable ou encore la programmation de politiques de développement et de coopération internationale.

C'est bien connu, beaucoup de décisions au sein des entreprises sont prises en bonne partie pour le bien de leurs actionnaires ou des principaux bailleurs de fonds. Le concept des parties prenantes est justement né d'un besoin de repositionner ces parties parmi les autres entités avec lesquelles l'entreprise entretient des relations. Cette approche remet ainsi en question la primauté des actionnaires au sein de l'entreprise et offre une occasion de mieux comprendre le rôle de l'entreprise au sein de nos sociétés. D'autre part, plusieurs auteurs préfèrent utiliser le concept des parties prenantes pour expliquer et promouvoir l'amélioration des structures et des relations organisationnelles.

La littérature traite de plusieurs concepts théoriques relatifs aux parties prenantes. Nous tenterons de les résumer.

1. Définitions de parties prenantes

Voici d'abord quelques définitions du concept des parties prenantes :

- “*Stakeholders are all those parties who either affect or who are affected by corporation's actions, behaviour, and politics.*”¹³ (Mitroff, 1983)

¹² SLOAN, P., (2000), “Stakeholders and the Enterprise Concepts, Theories and, Streams of Scholarship”, Theory Paper, École des HEC, Montréal, 89 p.

¹³ MITROFF, I. (1983) Stakeholders of the Organizational Mind. Toward New View of Organizational Policy Making, Jossey-Bass Publishers, San Francisco, 179 p.

- « Les parties prenantes sont les individus ou groupes d'individus qui peuvent influencer ou être influencés pour des raisons organisationnelles. »¹⁴ (Freeman 1984)
- “ *Stakeholders are persons or groups that have, or claim, ownership, rights, or interests in a corporation and its activities, past, present, or future.*”¹⁵ (Clarkson, 1995)
- « Les parties prenantes sont les individus ou les groupes d'individus bénéficiant des avantages ou des inconvénients présents ou éventuels conséquents à l'action ou l'inaction de l'entreprise »¹⁶ (Donaldson et al. , 1995)

A ces définitions, Clarkson (1995) ajoute quelques nuances. En fait, selon l'auteur, les parties prenantes peuvent être divisées en deux groupes distincts soit les *primary stakeholders* et les *secondary stakeholders*. Les *primary stakeholders* sont ceux sans qui l'entreprise ne peut survivre. On se réfère ici aux investisseurs, aux clients, aux employés, à la communauté, etc. Les *secondary stakeholders* sont, pour leur part, ceux qui influencent ou affectent l'entreprise, ou sont influencés et affectés par l'entreprise, mais qui ne sont pas essentiels à la survie de l'organisation. Les auteurs parlent alors des médias et des groupes de pression.

2. Modèle des parties prenantes

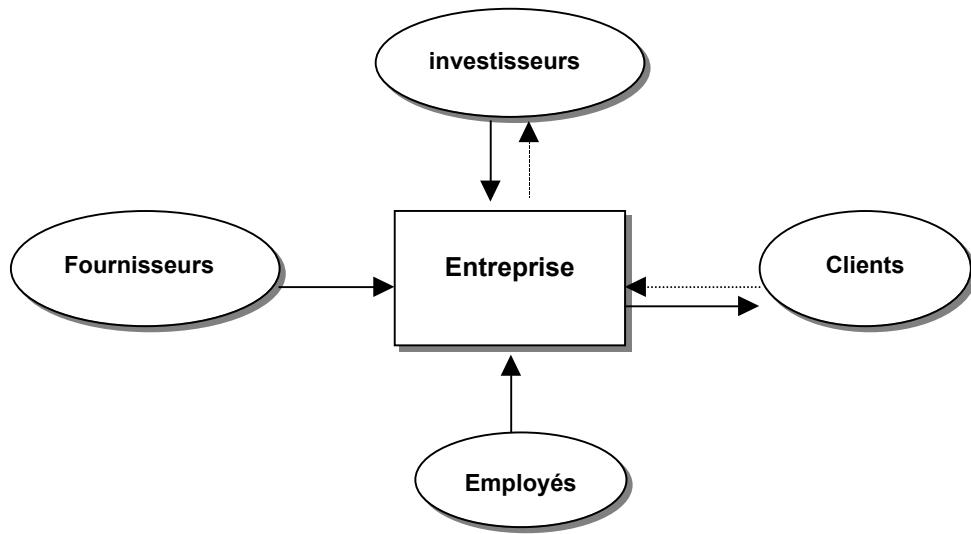
Afin de bien comprendre comment se distingue le concept des parties prenantes, Donaldson et al. (1995) nous présentent le contraste qui existe entre le modèle d'entreprise traditionnelle : intrants-extrants (*input-output*) et le modèle des parties prenantes (*stakeholder model*). La figure 1 représente de façon claire la dynamique existante entre les différentes parties et l'entreprise.

¹⁴ traduction libre de : FREEMAN, R.E. and REED D.L. (1983) tiré de SLOAN, P. (2000), “ Stakeholders and the Enterprise Concepts Theories and Streams of Scholarship “ Theory Paper, HEC, Montreal, p.89

¹⁵ CLARKSON, M.B.E (1995) “A Stakeholder framework for analysing and evaluating corporate social performance” *Academy of Management Review*, Vol. 20(1), pp. 92-117.

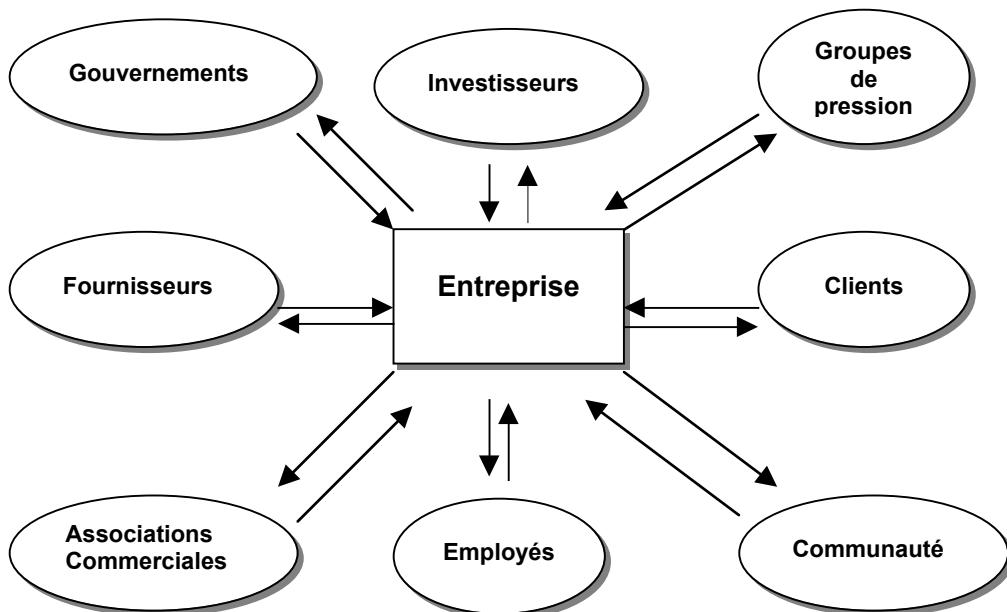
¹⁶ traduction libre de : DONALDSON, T.;PRESTON, L .E. (1995). “The Stakeholders Theory of the Corporation : Concepts, Evidence, and Implications”, *Academy of Management Review*, Vol. 20(1), pp. 65-91.

FIGURE 1
Modèle de l'entreprise : Modèle intrants-extrants



Le modèle intrants-extrants décrit les investisseurs, les fournisseurs et les employés comme étant les ressources qui contribuent au fonctionnement de l'entreprise en termes d'intrants. L'organisation transforme ces intrants en extrants pour le bénéfice des clients. Les auteurs soulignent que chacun des acteurs reçoit une rétribution proportionnelle aux ressources fournies à l'entreprise. Les pointillés exposent une version davantage capitaliste où les clients contribuent en intrants et où ce sont les investisseurs, et actionnaires, qui bénéficient des dividendes (extrants).

FIGURE 2
Modèle de l'entreprise : Modèle des parties prenantes



En contraste avec le modèle traditionnel d'entreprise intrants-extrants, la figure 2 présente le modèle des parties prenantes. Le premier point à souligner est la présence des nouveaux acteurs que sont les gouvernements, les associations commerciales, la communauté et les groupes de pression. De plus, contrairement au modèle intrants-extrants, tous les acteurs du modèle des parties prenantes qui ont des intérêts légitimes, peu importe leur priorité vis-à-vis de l'entreprise, reçoivent une rétribution égale. Cette égalité est représentée par une uniformité des formes et des flèches représentant la relation qui existe entre chaque partie et l'entreprise.

3. La théorie des parties prenantes

La revue littéraire de P. Sloan (2000) sur les parties prenantes révèle que la théorie des *stakeholders* correspond à des points de vue différents selon les auteurs. Certains considèrent en effet que la théorie des parties prenantes permet d'analyser le travail en société. Cette approche sociale sert à comprendre et à développer les thèmes de l'éthique et de la morale ou encore de la responsabilité sociale que les entreprises devraient assumer face aux parties prenantes.

D'autres croient qu'il s'agit beaucoup plus d'une théorie axée sur la gestion stratégique des entreprises. Par exemple, elle permettrait aux gestionnaires d'une entreprise de mieux comprendre les relations qui devraient exister entre les parties prenantes et l'organisation. Les tenants de cette approche préfèrent ainsi connaître les besoins et comportements des parties prenantes afin de faciliter la description, l'explication et la prescription de nouveaux comportements aux gestionnaires.

Il faut toutefois comprendre que le concept des *stakeholders* a évolué avec le temps. C'est ainsi que Donaldson et al. (1995) tentent de lier les différentes orientations de la théorie des parties prenantes en un même corps. En fait, la théorie des parties prenantes a pour objectif d'expliquer et de guider l'organisation et les opérations de l'entreprise. Les auteurs considèrent ainsi que l'entreprise est une organisation à travers laquelle plusieurs acteurs tentent d'atteindre une multitude d'objectifs, certains étant moins congruents que d'autres.¹⁷ La théorie des parties prenantes est donc un tout dans lequel il faut se soucier, au-delà des cadres, objectifs et stratégies, de la signification humaine individuelle et collective, personnelle et culturelle de l'entreprise, ses activités et ses façons de faire. Donaldson et al. (1995) proposent une théorie des parties prenantes qui s'appuie sur trois niveaux d'analyse soit l'aspect descriptif, l'aspect instrumental et l'aspect normatif.

¹⁷ *Idem*, p. 70.

3.1 L'aspect descriptif

La théorie des parties prenantes sert souvent à décrire et à expliquer certains comportements ou certaines caractéristiques d'une entreprise. Plusieurs auteurs ont ainsi tenté d'expliquer la réalité du passé, du présent et du futur des corporations et de leurs modes de gestion. De toute évidence, cette description est bien reçue lorsqu'il s'agit d'explorer et d'élargir les horizons de la connaissance.

D'autre part, plusieurs tenteront de justifier la théorie des parties prenantes en prouvant que ce que prescrit la théorie correspond effectivement à ce qu'il est possible d'observer dans la réalité. C'est ainsi que d'un point de vue purement descriptif, plusieurs auteurs, dont Clarkson (1991) et Halal (1990), ont réussi à démontrer que la théorie des parties prenantes tient la route en faisant la preuve qu'un nombre significatif d'entreprises pratique une gestion des parties prenantes (*stakeholder management*). Comme le soulignent les auteurs, les gestionnaires d'entreprises ne font peut-être pas explicitement référence à la théorie des parties prenantes, mais il semblerait qu'une grande majorité d'entre eux adhèrent en pratique à l'un des concepts centraux de la théorie, soit celui selon lequel leur rôle serait de satisfaire, non seulement les actionnaires, mais un nombre plus important d'acteurs influents¹⁸.

Il serait toutefois imprudent de justifier la théorie des parties prenantes sur quelques observations d'un phénomène relié de près au concept des parties prenantes. Il suffirait en effet d'une simple enquête prouvant que la majorité des gestionnaires d'entreprises rejettent le concept des parties prenantes pour que la théorie soit sérieusement remise en question.

3.2 L'aspect instrumental

Puisque l'aspect descriptif ne peut supporter à lui seul la théorie des parties prenantes, Donaldson et al. (1995) considèrent qu'il faut y ajouter un point de vue instrumental. La théorie des parties prenantes, avec l'aide de certaines données empiriques, sert souvent à identifier les liens qui existent entre le mode de gestion des parties prenantes et l'atteinte des objectifs corporatifs. En effet, la plupart des études réalisées, souvent basées sur une méthodologie statistique, ont permis de faire la démonstration de liens de causalité entre l'adhésion à un mode de gestion des parties prenantes et la performance de l'entreprise (rentabilité, production, part de marché, etc.). Ici, le mode de gestion des parties prenantes

¹⁸ traduction libre de : DONALDSON, T.; PRESTON, L .E. (1995). "The Stakeholders Theory of the Corporation : Concepts, Evidence, and Implications", Academy of Management Review, Vol. 20(1), p.75.

(*stakeholder management*) signifie l'ensemble des activités déployées pour s'assurer d'une réelle coopération entre l'entreprise et les parties prenantes. Bien que les études empiriques permettent d'établir plusieurs relations entre la théorie et la réalité, Donaldson et al. (1995) considèrent que les difficultés opérationnelles du concept des parties prenantes représentent un risque en soit. Ainsi, s'appuyer sur la théorie des *stakeholders* d'un seul point de vue instrumental limite la compréhension de la complexité des rapports vécus entre les parties prenantes et de leurs impacts sur le développement d'un projet. C'est pour cette raison que les auteurs ont cru bon d'ajouter un troisième aspect sur lequel peut s'appuyer solidement la théorie des parties prenantes.

3.3 L'aspect normatif

En plus de l'aspect descriptif et de l'aspect instrumental, l'aspect normatif vient consolider la théorie des parties prenantes. L'aspect normatif est utilisé pour définir et interpréter les fonctions de l'entreprise, incluant les orientations morales et philosophiques prises dans l'exercice d'exploitation et de gestion de l'entreprise. Bien que les aspects normatif et instrumental permettent de prescrire certains changements ou orientations aux modes de gestion d'une entreprise, ils reposent sur des bases complètement différentes. Alors que l'aspect instrumental s'appuie d'avantage sur des hypothèses, l'aspect normatif est plus catégorique, puisque plus près des valeurs morales (ex. « il faut faire ceci plutôt que cela parce que c'est la bonne chose à faire »). De ce point de vue, la théorie des parties prenantes doit donc tenir compte du pouvoir qu'elle a de satisfaire les droits moraux et individuels des acteurs influents. Les auteurs ajoutent que : *“each stakeholder group has a right to be treated as an end in itself, and not as means to some other end, and therefore must participate in determining the future direction of the firm in which it has a stake”*¹⁹

Les bases normatives de la théorie des parties prenantes comprennent plusieurs concepts philosophiques et fondamentaux. D'ailleurs, ces concepts sont généralement mieux acceptés que certaines descriptions et relations de cause à effet. C'est pour cette raison que pour Donaldson et al. (1995), la théorie du droit de propriété représente l'avenue idéale pour justifier la théorie des parties prenantes sous un angle normatif. En effet, le concept de gestion capitaliste des entreprises a vu les droits de ses actionnaires-propriétaires fondre à cause de la dispersion de la propriété des actions, des coûts d'agence et des pressions exercées par différents groupes (gouvernement, communauté, syndicats, etc.).

¹⁹ *Ibid.* p. 77.

Force nous est donc de reconnaître que le concept de droit de propriété ne concerne plus seulement que les actionnaires d'une organisation encore considérés comme les uniques propriétaires. Les auteurs suggèrent que le concept de droit de propriété soit étendu à tous les acteurs qui ont des droits et des responsabilités en regard de l'entreprise. C'est ainsi qu'une vision pluraliste de l'entreprise et de son rôle en société permet à plusieurs groupes d'intérêts d'influencer l'administration des affaires de l'organisation sans qu'ils ne soient sanctionnés par des lois ou les actionnaires de l'organisation.

En reconnaissant la définition de Clarkson (1995), selon laquelle « *les parties prenantes sont des personnes ou des groupes de personnes qui ont ou réclament la propriété, les droits ou l'intérêt de s'impliquer dans les activités passées, présentes et futures de l'entreprise* », force nous est de conclure que l'aspect normatif comporte les fondements les plus solides pour supporter la théorie des parties prenantes.

4. La gestion des parties prenantes

Le modèle théorique des parties prenantes proposé par Donaldson et al. (1995) campe les principes qui sous-tendent la gestion des parties prenantes. Du point de vue des auteurs, la gestion d'une entreprise, selon le concept des *stakeholders*, devrait amener les gestionnaires à offrir une attention simultanée aux intérêts légitimes des différentes parties. Cela ne serait possible qu'en établissant, d'une part, les structures organisationnelles et les politiques de gestion nécessaires et, d'autre part, en développant un processus de décision « cas par cas ».

Donaldson et al. (1995) soulignent toutefois que le cadre d'analyse proposé soulève de nouvelles implications quant à la gestion des parties prenantes. Ils mentionnent en effet que la reconnaissance par les gestionnaires de plusieurs des parties prenantes pose problème. Qui est un *stakeholder*, qui ne l'est pas ? Certains affirmeront que les acteurs reconnus comme des parties prenantes seront ceux qui auront une relation contractuelle avec l'entreprise, alors que d'autres croient qu'il existe des parties telles que la communauté ou les groupes de pression qui n'ont pas de contrats établis mais qui ne sont pas moins influents. En fait, il importe de bien distinguer un individu ou un groupe d'individus influent des parties prenantes. Certains peuvent être les deux à la fois (ex. grands investisseurs), mais d'autres *stakeholders* n'ont pas d'influence (ex. applicants) et certains groupes influents n'ont pas de bénéfices potentiels (*stake*) à retirer de l'entreprise (ex. médias).

L'autre question soulevée par le concept de gestion des parties prenantes et directement reliée à la reconnaissance des parties, c'est celle du rôle des gestionnaires. Les gestionnaires ont l'importante fonction d'identifier les parties prenantes ; mais plus encore, ils sont eux-mêmes des parties prenantes de l'entreprise. Le pouvoir qui leur revient est donc particulièrement important et rappelle à quel point le concept des parties prenantes s'appuie sur l'aspect normatif de la théorie. Les gestionnaires devraient donc reconnaître la validité des intérêts de chaque partie et devraient tenter d'y répondre parce qu'il en va de la légitimité des fonctions de gestion de l'entreprise.

Il est intéressant d'ajouter ici l'apport de Wicks et al. (1994) sur le concept de gestion des parties prenantes. Les auteures ont en effet développé une interprétation féministe du concept de gestion des parties prenantes qui s'arrime particulièrement bien aux valeurs, principes et modes de gestion de plusieurs entreprises coopératives. Cette interprétation est un apport considérable pour l'ensemble des parties prenantes en ce sens qu'il favorise le développement de formules efficaces de coopération, de décentralisation du pouvoir et de l'autorité et l'émergence d'un consensus autour duquel la communication serait un des moyens de générer des décisions stratégiques. Dans ce contexte, les auteures soulignent qu'il est impératif que les gestionnaires soient capables de soutenir un réseau de communication, de partager le pouvoir décisionnel avec les employés et d'exploiter la créativité des travailleurs et des fournisseurs.²⁰

Bien que plusieurs auteurs aient traité de la théorie des *stakeholders*, il semble que le modèle soumis par Donaldson et al. (1995) en soit un qui permettrait d'analyser plus adéquatement la situation des coopératives dans le domaine sociosanitaire au Québec. Non seulement les auteurs offrent-ils une vision actualisée de la gestion des parties prenantes, mais ils présentent surtout une théorie plus complète du fait qu'elle s'appuie sur des bases descriptives, instrumentales et normatives.

Ce modèle théorique est pertinent et offre un cadre d'analyse des difficultés que rencontrent les entrepreneurs impliqués dans le développement de projets coopératifs dans le domaine de la santé. En effet, il permettra de confirmer ou d'infirmer l'hypothèse proposée, soit : que ce sont les intérêts ou les bénéfices potentiels insatisfaits des différentes parties prenantes impliquées qui compromettent le démarrage de projets coopératifs dans le domaine sociosanitaire au Québec.

²⁰ WICKS, A.C., D.R. GILBERT, Jr., and R.E. FREEMAN (1994), "A feminist Reinterpretation of the Stakeholder Concept", *Business Ethics Quarterly*, p. 493.

LA MÉTHODOLOGIE

La théorie des parties prenantes, telle qu'exposée par Donaldson et al. (1995) ne peut être plus claire. Le démarrage et le développement d'une coopérative, comme toute autre entreprise, exigent l'implication de chacune des parties et la satisfaction de leurs intérêts respectifs. La variété et le nombre d'acteurs influents directement engagés dans ce type d'entreprise sont révélateurs quant aux défis que représente la conciliation de leurs intentions. Bien qu'une planification stratégique rigoureuse, appuyée des plans d'affaires et des plans d'action s'avère impérative à la mise sur pied de n'importe quelle organisation, il n'en reste pas moins que le « ficelage » et la mobilisation de plusieurs parties prenantes autour d'un même objectif représentent une force motrice des plus essentielles. Malheureusement, les promoteurs et les gestionnaires d'une coopérative de services de santé s'investissent dans un domaine lourdement réglementé, sans compter qu'ils doivent composer avec une multitude de parties ayant des attentes divergentes.

Pour mener à terme notre recherche exploratoire, plusieurs méthodes ont été utilisées. D'abord, nous avons eu recours à une revue de littérature exhaustive. Il nous était nécessaire de bien camper le positionnement « officiel » des différentes parties prenantes généralement impliquées dans le démarrage et le développement des coopératives de services de santé au Québec. Cette revue bibliographique nous a aussi permis de cumuler de l'information et d'étudier le cas spécifique de la Coop-Santé Les Grès. Afin de nous permettre de valider ou d'infirmer l'utilisation de techniques de gestion des parties prenantes dans le cadre de la mise sur pied de la coopérative de St-Étienne-des-Grès, nous avons rencontré plusieurs des parties prenantes qui sont intervenues lors du démarrage du projet. Pour ce faire, nous avons eu recours aux entrevues semi-dirigées. L'information récoltée au cours de ces rencontres diffère de celle acquise au cours de la revue de littérature, mais elle se veut complémentaire et nous a permis d'avoir accès, par son caractère informel, aux comportements et stratégies adoptés par les différents acteurs impliqués dans le projet.

Le recours à une étude de cas, soit celle de la Coop-Santé Les Grès, nous permet de vérifier si, au-delà de la théorie, les promoteurs et les gestionnaires du projet ont vraiment tenu compte des besoins et des intérêts des parties prenantes. Cette exploration nous offre ainsi la possibilité de valider ou d'infirmer notre hypothèse de départ et d'ouvrir le champ à d'autres recherches empiriques traitant de l'impact du style de gestion sur les perspectives d'implantation d'autres coopératives de services de santé au Québec.

1. L'étude de cas

L'étude du cas de la Coop-Santé Les Grès nous a permis d'approfondir notre compréhension de l'impact du mode de gestion des parties prenantes sur les chances de succès au démarrage et lors du développement de ce style de coopérative. Le choix de la coopérative de services de santé de St-Étienne-des-Grès comme échantillon de recherche se justifie essentiellement par le fait qu'elle soit la seule qui ait autant d'années d'existence sur le territoire du Québec.²¹ La Coop-Santé Les Grès était qualifiée de projet pilote au milieu des années 90 et connaît aujourd'hui un franc succès dans la région de la Mauricie. Le choix de cette coopérative nous a donc permis d'avoir accès à des acteurs ayant plusieurs années d'expérience ainsi qu'à une généreuse banque d'information littéraire.

Cette recherche constitue une étude de type exploratoire et a recours à une logique qualitative inductive. Par la logique inductive, nous voulons dire ici que les apprentissages faits sur la création des coopératives de services de santé et sur le rôle des parties prenantes dans la mise sur pied et le développement des coopératives de services de santé nous amèneront probablement à suggérer de nouveaux modèles de gestion et de développement. De plus, cette recherche est exploratoire en ce sens qu'elle valide, à partir du cas étudié, si le mode de gestion proposé dans notre cadre théorique s'applique vraiment au démarrage et au développement des coopératives de services de santé et s'il s'avère pertinent d'avoir recours à ce type d'analyse et de gestion dans les futurs projets de même nature. D'autre part, cette recherche est aussi qualitative puisque nous avons eu accès à des faits relatés, des analyses et des témoignages plutôt que des données empiriques et quantitatives tirées d'un échantillon au hasard ou non probabiliste.

Pour certains, cette recherche peut aussi être jugée de type déductif au sens où nous avons cherché à relever les variables qui se sont manifestées clairement en relation avec les éléments qui composent la théorie des parties prenantes. Les données recueillies sur le terrain nous permettent, avec la même validité scientifique qu'une recherche empirique, de confirmer ou d'infirmer le modèle théorique utilisé puis d'en développer de nouveaux, plus adaptés à la réalité des entreprises coopératives oeuvrant dans le domaine sociosanitaire au Québec.

²¹ Note : selon Y. Comeau et J.P. Girard, on dénombre maintenant 3 coopératives de services de santé au Québec. Ref. : COMEAU, Y., GIRARD, J.P., *Une comparaison entre divers établissements de services de première ligne en santé au Québec (Canada)*, dans Annales de l'économie publique sociale et coopérative, CIRIEC, Blackwell publishers, Oxford Angleterre, 2000, Vol. 71, No 3, p. 334.

Notons que l'étude de cas ne sert pas qu'à valider ou infirmer un modèle théorique. En fait, selon Martine Hlady-Rispal (2000), l'étude de cas nous permet plutôt d'établir une description d'une situation concrète, interprétée à la lumière du point de vue théorique adopté.²² Cette stratégie de recherche exploratoire nous a donc servi à cumuler les données de type qualitatif et nous a ensuite permis de les mettre en parallèle avec le modèle d'analyse suggéré plus haut, soit celui de la théorie des parties prenantes de Donaldson et al. (1995).

2. La revue de littérature

Dans le but de bien documenter la présente recherche et de se doter d'un cadre de travail souple, une revue de littérature a d'abord été effectuée. Elle est une partie intégrante de l'étude de cas. Cette revue de littérature portait entre autres sur la théorie des parties prenantes (*stakeholder theory*), sur le positionnement des différents acteurs impliqués de près ou de loin dans le démarrage et le développement des coopératives de services de santé ainsi que sur le cas spécifique de la coopérative de santé de St-Étienne-des-Grès.

Cette recherche bibliographique nous a donc permis de cerner le cadre théorique sur lequel repose le travail d'analyse des données récoltées. En effet, il existe une quantité abondante d'informations relatives à la théorie des parties prenantes et il nous était impératif de sélectionner la littérature la plus pertinente dans le cadre du présent essai.

La revue de littérature nous était nécessaire, dans un deuxième temps, pour définir le positionnement officiel des principaux acteurs impliqués dans le démarrage et le développement des coopératives de services de santé au Québec. Chaque acteur correspond, pour le bien de la présente recherche, à une partie prenante du modèle des *stakeholders* suggéré dans cadre d'analyse exposé au chapitre 1.

La revue de littérature nous a aussi permis d'avoir accès à différentes analyses et points de vue portant sur le démarrage et le développement de la coopérative de services de santé de St-Étienne-des-Grès. Il s'agit donc d'une revue plus spécifique au cas analysé. Plusieurs citoyens et représentants des mouvements coopératif et syndical, et du système de la santé au Québec, se sont positionnés face à cette nouvelle prise en charge par le milieu. Leurs positionnements respectifs, consolidés par la littérature, nous a servi à déterminer la dynamique qui existe autour du cas de la Coop-Santé Les Grès.

²² HLADY-RISPAL, M., *Une stratégie de recherche en gestion : l'étude de cas*, dans La Revue Française de Gestion, No. 127, Paris, 2000, p. 63.

Notons enfin que la présente recherche exploratoire a tenu compte de l'information issue des précédentes recherches traitant de la coopérative de services de santé de St-Étienne-des-Grès. Les informations tirées de ces travaux ont contribué à étoffer et à définir le contexte dans lequel la coopérative de services de santé fut mise sur pied.

3. L'entrevue semi-dirigée

Le second outil méthodologique utilisé pour réaliser la présente recherche est l'entrevue semi-dirigée aussi appelée enquête de type combiné. Il s'agit en fait de l'animation d'un entretien en ayant recours à une combinaison de techniques allant des questions « ouvertes » vers des questions qui se « ferment » progressivement. Cette technique de l'entonnoir nous permet de cerner le sujet au fur et à mesure que l'entrevue évolue.²³ Ce type d'entrevue, réalisée à partir d'une grille d'entrevue (voir Annexe 1), était volontairement semi-structurée, de sorte qu'il soit possible de laisser libre cours à la discussion et de permettre à l'interlocuteur d'aborder d'autres questions relatives au cas étudié. Les entrevues semi-dirigées nous ont aussi permis de relever les comportements non verbaux des personnes questionnées et de faire ressortir des constats non dits mais pressentis.

Dans le cadre de la présente recherche, nous avons donc effectué, en novembre et décembre 2001, une dizaine d'entrevue d'environ une heure. Afin de valider la pertinence du modèle des parties prenantes dans le contexte de gestion d'une coopérative de services de santé, il s'avère nécessaire de faire l'étude d'un cas réel. Comme nous le mentionnons plus haut, nous avons choisi en l'occurrence la Coop-Santé Les Grès. C'est ainsi qu'en plus d'une revue littéraire détaillée sur la coopérative en question, nous avons mené des entrevues nous permettant d'approfondir notre connaissance du cas étudié et de comprendre les jeux de pouvoir et les compromis qui se sont réalisés tout au long de l'évolution du projet de la coopérative. Ce n'est pas tout de connaître le positionnement « officiel » des promoteurs du projet, des représentants du milieu de la santé, des intervenants du milieu syndical et des dirigeants d'organisations responsables de l'expansion du mouvement coopératif dans le projet de St-Étienne-des-Grès. En fait, il fallait aussi valider les propos recueillis à travers la revue de littérature et préciser la pensée des différents acteurs. Afin de comprendre jusqu'à quel point les promoteurs du projet ont eu recours à une gestion des parties prenantes, il importait de relever les comportements, attitudes et stratégies qu'ils ont adoptés à l'égard des acteurs influents impliqués dans le démarrage et le développement de la coopérative.

²³ ARA, G., COP 626, *Introduction aux études de marché, notes pédagogiques*, IRÉCUS, Université de Sherbrooke, 1998.

4. Les composantes du projet de recherche

4.1 Les questions étudiées

A travers l'étude cas de la coopérative de services de santé de St-Étienne-des-Grès, nous avons tenté de répondre aux questions suivantes :

- Qui sont les parties prenantes influentes dans le cadre du démarrage ou développement d'une coopérative de services de santé ?
- Quels sont leurs besoins et leurs intérêts à l'égard du projet de coopérative ?
- Comment est-il possible de concilier les attentes de toutes les parties prenantes au projet ?
- Quels sont les éléments qui rendent difficile de tels compromis ?
- Quelles sont les dynamiques de pouvoir qui existent entre les différents acteurs influents appelés à s'impliquer ?
- Peut-on généraliser la gestion des parties prenantes aux autres projets de coopératives de services de santé au Québec ?

4.2 Hypothèse de recherche

Dans le cadre de la présente recherche exploratoire nous avons émis l'hypothèse suivante :

- Les promoteurs de projets de coopératives de services de santé au Québec éprouvent des difficultés à démarrer et à développer leur entreprise parce qu'ils ne sont pas en mesure de concilier et satisfaire les besoins et intérêts de toutes les parties prenantes.

4.3 Unité d'analyse

Puisque la présente recherche est d'ordre qualitatif plutôt que quantitatif, il nous est impossible d'analyser des données recueillies à travers un échantillon déterminé au hasard ou de façon non probabiliste. Nous avons donc accédé à un échantillon intentionnellement sélectionné afin de consulter les personnes les mieux placées pour nous faire partager l'information pertinente à notre recherche. Puisqu'il s'agit de l'étude du cas de la coopérative de services de santé de St-Étienne-des-Grès, nous avons décidé de retracer l'évolution de l'entreprise à travers le témoignage et les archives écrites de chaque acteur directement impliqué dans le démarrage et le développement du projet.

Plusieurs raisons justifient le choix de ces acteurs. Les parties prenantes impliquées dans le projet ont des intérêts distincts selon la position qu'ils représentent à l'égard de l'entreprise.

Cette hétérogénéité devait être relevée dans le choix des parties prenantes et c'est pour cette raison que nous avons choisi de consulter les personnes représentant les principaux groupes d'intérêts impliqués dans le démarrage de la Coop-Santé Les Grès. D'autre part, le choix de ces personnes nous a permis de consulter les parties qui sont liées au cas étudié plutôt qu'à n'importe quelle coopérative de services de santé du Québec. Enfin, le choix d'acteurs sélectionnés nous a offert la chance de faire des comparaisons, de souligner les divergences de position et de relever les points sur lesquels les intérêts ont convergé. Il convient de souligner que cette unité d'analyse correspond au caractère qualitatif de la présente recherche exploratoire ainsi qu'à l'information recherchée pour confirmer ou infirmer l'hypothèse de recherche que nous avons émise.

5. L'analyse des données

Dans le cadre d'une recherche qualitative et en fonction du type de données recueillies, il importe de choisir un moyen d'analyse approprié. Ce choix est important car il précise la cohérence interne de la méthodologie utilisée. Selon Maxwell (1997), il existe trois principales stratégies d'analyse de données. Il s'agit de la catégorisation, de la contextualisation et de la technique du mémo.²⁴ Pour la présente recherche, nous avons eu recours à deux de ces trois stratégies.

La première stratégie que nous avons utilisée est celle de la contextualisation. Au lieu de fractionner l'information recueillie, comme le suggère la méthode de la catégorisation, Maxwell (1997) parle plutôt de comprendre les données dans leur contexte et de cerner les relations qui existent entre celles-ci. Cette méthode permet ainsi de faire des liens entre les données et le contexte général dans lequel s'inscrit le cas étudié. Bien entendu, la méthode de la catégorisation est pratique et facilite la compréhension du cas analysé tout en permettant de générer les thèmes et concepts qui se dégagent de l'information disponible, mais elle ne suggère pas le même agencement des données à l'égard du cas étudié que la stratégie de contextualisation.

Le second moyen d'analyser les données que nous avons recueillies est l'utilisation de la technique du mémo. Elle se veut complémentaire à la contextualisation. Cette stratégie est valable parce qu'elle facilite la réflexion autour des relations existant entre différentes données. En d'autres termes, la technique du mémo est un mode de réflexion intermédiaire. Au fur et à mesure que l'information est cumulée, le chercheur analyse les données et les

²⁴ MAXWELL, J.A., *Designing a Qualitative Study*, dans *Handbook of Applied Social Research Methods*, L. Bickman & D.J. Rog Sage Pub., 1997, p.89.

notes prises suite aux entrevues semi-dirigées. Cette analyse « à chaud » ouvre ainsi la porte à une compréhension approfondie des dynamiques relationnelles des parties prenantes et de l'approche de gestion des promoteurs du projet. Ce moyen, bien que simple, favorise l'agencement d'idées et la compréhension de leur pertinence dans le contexte de la recherche exploratoire.

La recherche qualitative pose des défis de validité d'analyse des données recueillies. Contrairement aux recherches quantitatives, il est plus difficile d'avoir recours à des comparaisons formelles, à des stratégies d'échantillonnage ou à des manipulations statistiques. Pour garantir la même rigueur scientifique qu'une recherche quantitative, Maxwell (1997) suggère de commencer par l'identification des menaces potentielles à la validité de l'analyse des données. Parmi l'ensemble des menaces qui peuvent sérieusement compromettre une recherche qualitative, nous avons pris en considération le biais potentiel du chercheur et la réaction des individus interviewés.

Le biais du chercheur se manifeste par une collecte et une analyse des données déformées par les valeurs, la théorie ou les préconceptions du chercheur. La « réactivité » des parties consultées s'identifie, pour sa part, par l'effort déployé par l'interviewé pour contrôler l'information livrée au chercheur. En d'autre terme, la validité des données est compromise par le fait que les personnes consultées seraient tentées de répondre de façon à satisfaire les besoins du chercheur.

Afin de s'assurer de la validité des données recueillies nous avons donc eu recours à quelques techniques (*validity test*) suggérées par Maxwell (1997).

La première est celle de triangulation soit d'avoir recours à plus d'une méthode d'analyse des données. Comme nous le mentionnons plus haut nous avons utilisé une revue de littérature exhaustive et des entrevues semi-dirigées. L'analyse des données qui en sont ressorties s'est effectuée par la contextualisation et la technique de mémo. L'utilisation de deux méthodes d'analyse, plutôt que d'une seule, réduit donc les chances de distorsion de l'information.

Le feedback est un autre moyen de vérifier la validité des données relevées. La vérification auprès de personnes familières avec le sujet traité comme avec des personnes totalement étrangères au sujet, est un moyen de s'assurer que l'information recueillie et utilisée n'est pas teintée par les biais du chercheur. Nous avons aussi eu recours à un type de rétroaction spécifique que nous pourrions qualifier de « validation par les membres » (*member checks*). Cette technique consiste à consulter les personnes interviewées sur les données et les conclusions que tire le chercheur dans le cadre de sa recherche. Ce moyen permet donc

d'éviter certaines interprétations des informations livrées par les personnes consultées. Toutefois, il convient de rester prudent et de ne pas oublier que cette intervention sollicitée des parties rencontrées n'est pas nécessairement garante de validité.

Enfin, nous avons eu recours à des données détaillées (*rich data*) du cas analysé de sorte que l'information recueillie soit complète, juste et exempte de mauvaises interprétations de la part du chercheur. Pour ce faire, les entrevues ont été enregistrées. Plutôt que de prendre simplement des notes (contextualisation et technique de mémo), nous avons conservé et utilisé l'ensemble de l'information offerte par les personnes rencontrées.

LE DÉVELOPPEMENT COOPÉRATIF DANS LE DOMAINE SOCIOSANITAIRE

Depuis une dizaine d'années, les expériences de coopératives œuvrant dans le secteur de la santé se sont multipliées au Québec. De quelques-unes à la fin des années 80, elles sont passées à plus de soixante au tournant du millénaire. Au grand bonheur des tenants d'une meilleure reconnaissance des organisations coopératives, la venue des coopératives dans le domaine de la santé a maintenu ou créé des centaines d'emplois et représente aujourd'hui une activité économique de plusieurs millions de dollars. La plupart du temps, l'émergence de ces entreprises résulte de la nécessité de répondre à certains besoins insatisfaits, d'une absence de ressources et/ou d'une volonté de participer collectivement à l'organisation du travail. Elles sont généralement le fruit du travail concerté de multiples intervenants qui y ont trouvé, d'une façon ou d'une autre, matière à satisfaire leurs intérêts.

Depuis la moitié des années 90, le secteur de l'économie sociale, en complémentarité avec les institutions publiques et les entreprises privées, a encouragé la présence d'autres types d'organisations dans le domaine sociosanitaire, telles que les associations, les organisations à but non lucratif et les coopératives. Il faut comprendre que la décision du gouvernement d'éliminer son déficit avant la fin de l'an 2000, a eu pour conséquence la fusion et la fermeture de plusieurs centres hospitaliers, « l'optimisation » du personnel de santé et le déclenchement de nouvelles alliances avec le secteur privé et les corporations d'économie sociales. Aujourd'hui, l'apport des coopératives dans le domaine de la santé et des services sociaux est non négligeable puisqu'elles stimulent la création de nouveaux espaces de démocratisation et qu'elles permettent aux sociétaires de reprendre le pouvoir de gestion de leurs services publics. L'évolution du rapport public-privé dans les services de santé et les services sociaux a donc disposé le mouvement coopératif à investir de nouvelles sphères économiques. Selon M. Jean-Pierre Girard, « *les participants au Sommet sur l'économie et l'emploi tenu à l'automne 1996 [...] ont reconnu la pertinence de prioriser ce secteur comme champ de développement d'entreprises d'économie sociale sous statut coopératif ou d'organisme à but non lucratif.* »²⁵

Lors du Sommet de l'économie et de l'emploi, les participants ont entre autres accepté de reconnaître et de supporter financièrement les organisations offrant des services d'aide et de

²⁵ GIRARD, J.P. *Les coopératives dans le domaine sociosanitaire au Québec : état de la situation*, Cahier de recherche, Montréal, Chaire de coopération Guy-Bernier (UQAM), 2000, p.4.

maintien à domicile. Cette initiative s'est avérée des plus appropriées. La population québécoise vieillit et le virage ambulatoire a eu pour conséquence de renvoyer plusieurs personnes âgées et/ou en perte d'autonomie à leur domicile. Heureusement, la grande majorité des personnes âgées ont la chance de bénéficier du support d'un aidant naturel dont 80% sont des femmes issues du milieu familial. Toutefois, à Montréal, l'aidant naturel dispense 75 % des services à la personne âgée contre seulement 4% offerts par le CLSC²⁶. Le virage ambulatoire a donc constraint les aidants naturels à assumer plus de responsabilités sur le plan des soins que nécessite la personne âgée suite à une hospitalisation écourtée. D'ailleurs, une étude de Statistique Canada révèle que « *ce sont les soignants qui consacrent le plus de temps aux aînés qui éprouvent également le taux le plus élevé de stress psychologique et émotif* »²⁷. Évidemment, ce stress élevé met l'aidant naturel dans des situations à risque (épuisement, dépression, perte d'estime de soi et négligence) et engendre une diminution de la quantité et de la qualité des services prodigués aux personnes âgées.

Cette situation s'explique entre autres par le fait que les équipes de maintien à domicile des CLSC doivent composer avec de sévères rationalisations budgétaires et une importante augmentation de la demande de soins de santé. Contraintes de réduire le nombre d'heures de services et des soins de santé par bénéficiaire, il était tout à fait compréhensible que les équipes de maintien à domicile des CLSC ne soient plus en mesure d'offrir des services d'aide à domicile (ménage, vaisselle, lessive, etc.) La plupart des CLSC achètent donc aux agences privées et, depuis 1996, aux corporations d'économie sociale, les heures de services d'aide à domicile. Les restrictions budgétaires des établissements publics sont à ce point importantes qu'à Montréal, depuis 1999, le CLSC du quartier St-Michel, s'est vu dans l'obligation de fermer sa liste d'attente pour les demandes des services de maintien à domicile (aide domestique et soins à la personne) pour les personnes âgées en perte d'autonomie. La liste d'attente compte actuellement 300 heures de services en souffrance.²⁸ Les personnes pour qui cette aide est précieuse du fait qu'elles n'ont plus les moyens de réaliser plusieurs de leurs tâches domestiques, s'adressent donc aux agences privées et aux préposés des corporations d'économie sociale.

L'initiative du Sommet de l'économie et de l'emploi a visé juste en encourageant le développement d'organisations d'aide à domicile. Devant faire face à d'autres priorités, l'État a effectivement décidé de supporter, souvent à moindres coûts, le développement

²⁶ REGROUPEMENT DES AIDANTES ET AIDANTS NATURELS DE MONTRÉAL, *L'entourage*, Cahier d'information et de sensibilisation, p. 5.

²⁷ FREDERICK, J.A. et FAST, J.E. *Le profil des personnes qui prodiguent des soins aux aînés*, Statistiques Canada : Tendances sociales canadiennes, (no 11-008), 1999, pp. 29 à 33.

²⁸ OMER-KASSIN, Yann, *Projet pilote dans le secteur des services de maintien à domicile, étude de pré faisabilité*, CDEC Centre-Nord, Montréal, 2001, p.8

d'organisations privées et collectives œuvrant dans le domaine de l'aide à domicile. Aujourd'hui, on dénombre plus de 300 entreprises du genre au Québec. Durant l'année 1999-2000, les dépenses dans ce secteur de l'économie sociale se sont chiffrées à 21 162 700\$. Près de 3000 personnes travaillent exclusivement en aide domestique et plus de 28 000 personnes ont pu bénéficier des services offerts.²⁹ Cette croissance spectaculaire du nombre d'entreprises d'économie sociale œuvrant dans l'aide à domicile est le fruit d'un travail concerté et de compromis réalisés entre les différents acteurs présents au Sommet de l'économie et de l'emploi. Il faut toutefois souligner que cette entente n'a été possible que parce que les services d'aide à domicile ne sont pas des services de santé à proprement parler, mais plutôt des services périphériques. Le concept d'économie social doit en fait permettre « *...de répondre à certains besoins sociaux qui ne sont pas satisfaits, n'étant pris en charge ni par le secteur public ni par le secteur privé.* »³⁰ Ces services périphériques ne chevauchent donc pas ceux offerts par les entreprises privées et les institutions de santé de l'État.

Il est intéressant de relever que plusieurs intervenants du gouvernement et du domaine de la santé étudient actuellement les possibilités d'élargir le panier de services offerts par les corporations d'économie sociale qui œuvrent dans le secteur de l'aide à domicile. En fait, plusieurs entreprises régionales d'économie sociale offrent déjà aux personnes âgées et/ou en perte d'autonomie, d'autres services tels que le gardiennage simple et certains soins de santé. Cet élargissement du champ de pratique des corporations d'économie sociale est souvent le fruit d'une entente avec le CLSC de la région. Parmi les solutions proposées dans le rapport Anctil portant sur les entreprises d'aide domestique, on retrouve d'ailleurs l'inclusion des services de gardiennage et des services d'assistance personnelle au programme d'exonération fiscale pour les services d'aide à domicile (PEFSAD)³¹. Non seulement cette proposition représente une opportunité intéressante pour les corporations d'économie sociale offrant des services d'aide à domicile, mais elle ouvrirait du même coup la porte à de nouvelles organisations d'économie sociale dans le domaine sociosanitaire au Québec. Actuellement, ce glissement n'a pas l'assentiment des centrales syndicales et du Chantier de l'économie sociale. Ceux-ci conviennent « *que les entreprises d'économie sociale ne doivent pas être utilisées pour suppléer aux services publics.* »³²

²⁹ GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, Ministère de la santé et des services sociaux, *Rapport annuel 1999-2000*, Direction des communications du ministère de la santé et des services sociaux, p.64.

³⁰ ANCTIL H. et BÉLANGER, L. Rapport d'évaluation sur la place des entreprises d'aide domestique du secteur de l'économie sociale dans les services à domicile, État de situation et pistes de solution, Québec, Direction des communications du ministère de la santé et des services sociaux, 2000, p.3.

³¹ *Ibid.*, p. 26.

³² CONFÉRENCE DES SYNDICATS NATIONAUX, *la CSN et le Chantier d'économie sociale demandent au gouvernement d'investir dans les services de première ligne*, <http://www.csn.qc.ca/pageshtml/commdec00.html>, (juillet 2000).

Bien que les coopératives d'aide à domicile aient connu une importante croissance au cours de la dernière décennie, les autres coopératives québécoises œuvrant dans le domaine sociosanitaire restent pour leur part marginales comparativement à ce qui se vit dans l'Ouest canadien. Selon Girard, cet état de fait n'est pas étonnant puisque au Québec comme dans d'autres provinces, « *...les initiatives sont restées généralement à échelle réduite s'inscrivant surtout dans des problématiques de développement local.* »³³ Pour ce qui est des coopératives de services de santé, elles doivent faire face à de nombreux défis.

Si les coopératives d'aide à domicile ont connu un certain succès ces dernières années, ce n'est manifestement pas le cas de d'autres organisations telles que les coopératives offrant des services de première ligne en santé. Bien entendu, il existe quelques exceptions telle que la Coop-Santé Les Grès dont nous discuterons un peu plus loin, mais cette rareté n'est pas étrangère au fait qu'il soit particulièrement difficile de démarrer une coopérative de services de santé au Québec. Y. Comeau et J.P. Girard soulignent que ces difficultés sont généralement : « *la réserve des autorités en santé face à ces établissements atypiques, la résistance de certains syndicats d'employés du secteur public lorsqu'il est question de communautarisation des services et, [...] la définition d'avantages plus ou moins spécifiques associés au statut de membres.* »³⁴ Ainsi, nous croyons que les défis ne résident pas tant dans la préparation et l'organisation stratégique du projet d'entreprise que dans la satisfaction des intérêts de tous les acteurs (parties prenantes) impliqués dans le projet.

Le leadership des principaux promoteurs doit donc inclure une vision partenariale du projet. Être partenaire c'est entreprendre en commun un projet dans lequel chacun y trouve son intérêt. Selon Paul Prévost, les partenaires « *...ne sont pas des exécutants, mais plutôt des collaborateurs qui définissent ensemble ce qu'ils désirent faire et qui coordonnent leurs actions respectives à toutes les étapes de l'intervention.* »³⁵ Comme nous l'avons abordé dans l'explication du cadre théorique sur les parties prenantes, les partenaires ne sont pas que les fournisseurs, les investisseurs, les clients et les employés. Il faut aussi considérer les intérêts du gouvernement, des groupes de pression, de la communauté, des associations professionnelles, etc. Cela est d'autant plus vrai dans le cas d'une coopérative offrant des services de santé. Non seulement faut-il respecter un contexte législatif, politique et

³³ GIRARD, J.P. *Les coopératives dans le domaine sociosanitaire au Québec : état de la situation*, Cahier de recherche, Montréal, Chaire de coopération Guy-Bernier (UQAM), 2000, p.9

³⁴ COMEAU, Y., GIRARD, J.P., *Une comparaison entre divers établissements se services de première ligne en santé au Québec (Canada)*, dans Annales de l'économie publique sociale et coopérative, CIRIEC, Blackwell publishers, Oxford Angleterre, 2000, Vol. 71, No 3, p. 335.

³⁵ PRÉVOST, Paul, *Entrepreneurship et développement local, Quand la population se prend en main*, Collection entreprendre, Les éditions Transnationales, 1993, p. 134.

concurrentiel, mais il faut aussi s'associer à la population puisque c'est d'elle qu'émerge le besoin et que c'est aussi elle qui bénéficie des services dispensés.

1. État des coopératives dans le domaine sociosanitaire au Québec.

Avant d'étayer les intérêts officiellement défendus par les acteurs généralement impliqués dans le développement de coopératives dans le secteur de la santé, il importe que le lecteur puisse avoir un portrait général de l'ensemble des coopératives oeuvrant dans le domaine de la santé au Québec.

L'histoire des coopératives dans le domaine sociosanitaire au Québec est relativement jeune. Il y a d'abord eu quelques expériences de mutuelles au milieu du XIXe siècle. Un médecin a ensuite pris le risque de mettre sur pied une première coopérative de santé vers les années 40. Suite à la révolution tranquille, cette organisation s'est transformée en organisme offrant des services d'assurance-groupe. Vers les années 60, plusieurs professionnels de la santé mettent sur pied la première clinique communautaire, dans le quartier de Pointe-St-Charles. Cette initiative sera reprise par le gouvernement et sera implantée à travers la province sous la forme de Centres locaux de services communautaires (CLSC).

Ce n'est que vers la fin des années 80 que le développement coopératif reprendra de l'importance dans le domaine sociosanitaire au Québec. Il y a d'abord eu la création d'une coopérative de travailleurs dans le secteur du transport ambulancier fortement encouragée par la Confédération des syndicats nationaux (CSN). La prise en charge du service ambulancier a permis aux travailleurs de se doter de meilleures conditions de travail. Aujourd'hui plus du tiers du territoire habité de la province est desservi par le réseau des coopératives de transport ambulancier. Toujours pendant les années 80, plusieurs résidents de la ville de Sherbrooke mettront sur pied la première coopérative de services à domicile pour les personnes âgées en perte d'autonomie. Comme nous le mentionnons plus haut, le Sommet de l'économie et de l'emploi reconnaîtra en 1996 la nécessité de prioriser le développement de ce service par le biais des organismes d'économie sociale. A cette même époque, les établissements de santé de la région Mauricie-Bois-Francs se sont unis pour fonder une coopérative permettant le regroupement d'achats. Ce type de coopérative d'approvisionnement en matériel médical de toutes sortes s'est avéré un modèle suffisamment intéressant pour que d'autres groupes reprennent l'idée tels les cabinets d'audioprothésistes.

En 1995 c'est au tour de la coopérative de services de santé de voir le jour dans le village de St-Étienne-des-Grès. Cette initiative offre un modèle intéressant que plusieurs promoteurs

tentent de reproduire dans d'autres régions de la province. C'est aussi à cette époque, alors que le système de santé écope encore des politiques du virage ambulatoire, que naîtront les premières coopératives d'hébergement spécialisé, de type travailleurs, pour les personnes âgées en convalescence ou en perte d'autonomie. Enfin, plus récemment, plusieurs groupes de professionnels, tels les infirmières et praticiens de médecines alternatives se sont regroupés pour former des coopératives de travailleurs et se garantir ainsi de l'emploi et de meilleures conditions de travail.

La stabilisation des dépenses dans le réseau de la santé, l'augmentation des besoins d'une population vieillissante et la croissance des dépenses de nature privée ont préparé le terreau idéal pour l'émergence des organisations coopératives. La transformation du rapport privé-public a ainsi stimulé la création d'organisations collectives modifiant progressivement le rapport qu'entretiennent les personnes à l'égard du système de santé. Au cœur de ces changements et de par sa nature conciliant le social et l'économique, la coopérative s'avère un moyen original permettant à ses membres d'avoir leur mot à dire dans un domaine où ils sont souvent réduits à de simples consommateurs de services.

Aujourd'hui, on dénombre au Québec pas moins de 60 coopératives dans le domaine sociosanitaire. Ces coopératives sont désormais présentes dans six sphères d'activités soit le transport ambulancier, les services à domicile, l'hébergement spécialisé, le regroupement professionnel, les services cliniques et les regroupements de nature commerciale. Ensemble, ces organisations génèrent quelques centaines d'emploi, plusieurs millions de dollars et de nouveaux espaces de démocratie et de prise en charge des services de santé par la population.

Dans le cadre de la présente recherche, nous avons eu recours à la méthode de l'étude de cas. Pour ce faire nous avons décidé de nous pencher sur le cas des coopératives de services de santé. Ce choix s'explique surtout par le fait que les coopératives de services de santé prennent, jusqu'à présent, la forme de coopérative de consommation. Leur constitution implique donc un plus grand nombre d'individus qu'il n'en faut pour mettre sur pied une coopérative de travailleurs par exemple. Ce type de coopérative est particulièrement intéressant dans le cadre de notre recherche puisque son développement et son fonctionnement font appel à la satisfaction des intérêts de plusieurs parties prenantes. La coopérative de services de santé que nous étudierons est celle de St-Étienne-des-Grès.

Cette coopérative de services de santé est la première à avoir vu le jour au Québec en 1995. Initiée à partir d'une pétition signée par plus de 1052 citoyens et adressée à la mairie du village, l'idée d'une coopérative de services de santé est rapidement devenue un projet pilote

prometteur. Depuis, plusieurs autres projets similaires se sont mis en branle à travers la province. Selon Y. Comeau et J.P. Girard : « ces coopératives se veulent une réponse à l'absence de services de santé dans des milieux semi-urbains. »³⁶ Située au cœur de la Mauricie (à mi-chemin entre Shawinigan et Trois-Rivières) la coopérative de santé Les Grès répond aux besoins des citoyens de St-Étienne-des-Grès, de St-Émilie-de-Caxton et de plusieurs autres municipalités avoisinantes. Victime de son succès, la coopérative compte aujourd'hui plus de 12 000 dossiers ouverts dont environ 2200 appartiennent à des sociétaires. Des médecins, des optométristes, des dentistes, des psychologues, des infirmières et des pharmaciens occupent les espaces fournis par la coopérative et desservent autant les clients qui se présentent à la coopérative que les aînés vivant à la résidence pour personnes âgées du village de St-Étienne-des-Grès. Face à une demande croissante dans la région, les dirigeants de l'organisation évaluent actuellement les possibilités d'agrandissement de l'établissement de sorte que plus d'espaces soient loués aux professionnels de santé désirant se joindre au groupe de médecine familiale en formation.

2. Positionnement officiel des parties prenantes

Une revue de littérature nous permet de faire la démonstration que les parties impliquées dans le démarrage d'une coopérative québécoise de services de santé défendent des intérêts distincts, souvent difficiles à concilier. Rappelons que cette description se restreint aux acteurs impliqués dans des projets de coopérative de santé puisque leurs intérêts varient d'un type d'organisation à l'autre. Cette première étape permet donc de définir le cadre général de développement des entreprises coopératives dans le domaine de la santé au Québec et de comprendre comment chaque acteur influence l'évolution de ce type d'organisation. Cette description nous permettra ensuite de mieux cerner l'implication de chaque parties prenantes dans le projet de la Coop-Santé Les Grès et de comprendre ce qui explique son succès.

2.1 Les investisseurs

Le développement d'un projet de coopérative de santé demande évidemment l'investissement de capitaux. Plusieurs acteurs peuvent donc être sollicités. Les besoins de

³⁶ COMEAU, Y., GIRARD, J.P., *Une comparaison entre divers établissements de services de première ligne en santé au Québec (Canada)*, dans Annales de l'économie publique sociale et coopérative, CIRIEC, Blackwell publishers, Oxford Angleterre, 2000, Vol. 71, No 3, p. 334.

financement d'une coopérative peuvent être satisfaits par l'autofinancement et par le financement externe.³⁷

2.1.1 *Le financement*

Plusieurs moyens peuvent être entrepris pour financer le démarrage et le développement d'une coopérative. Il y a d'abord l'emprunt traditionnel. C'est sous cette forme que l'on retrouve la plus importante variété d'investisseurs. Parmi ceux-ci on compte notamment les institutions financières (banques et caisses), les organismes de développement régional tels les corporations de développement économique et communautaire (CDÉC), les Centres locaux de développement (CLD), les Centres locaux d'emploi (CLE). Alors que les institutions financières traditionnelles accordent généralement d'importantes sommes sous forme de prêts conventionnels et d'hypothèques, les corporations de développement contribuent pour leur part, sous forme de prêts simples et participatifs ou de garantie de prêt. Ces organisations contribuent aussi à l'allègement de la charge financière de l'organisation en rendant accessible un support technique pour les projets d'affaires et pour l'accès à du financement. Normalement ces fonds sont complémentaires à ceux accordés par les institutions financières et organismes gouvernementaux.³⁸

L'intérêt premier de ces différents bailleurs de fonds est de bénéficier d'un retour sur le capital investi ou, le cas échéant d'atteindre les résultats attendus de différents programmes d'insertion ou de développement d'entreprises collectives ou privées. Ce type d'investisseur est déterminant dans la poursuite d'un projet coopératif et les promoteurs n'ont d'autre choix que de voir à satisfaire aux exigences financières qui leur sont imposées. De plus, il n'est pas rare que ces parties prenantes soient impliquées plus activement dans l'administration de l'organisation. En effet, les dirigeants des caisses populaires Desjardins et des corporations de développement, exigent souvent, en plus des garanties standards pour l'émission de prêts, d'avoir droit de siéger au conseil d'administration de la coopérative. D'autre part, la CDÉC et le CLD s'investissent dans ce type d'entreprise parce que cela représente un accroissement de la présence coopérative sur un territoire et qu'il s'agit souvent de projets structurants qui permettront une augmentation de l'employabilité dans le secteur.

La demande de subventions à des organismes privés et publics est un autre moyen d'injecter les capitaux nécessaires au démarrage et au développement de la coopérative. Au Québec, plusieurs ministères sont appelés à intervenir, en terme d'orientation, de gestion et de

³⁷ MARTEL, D., COP 602, *Décision financière dans une coopérative*, notes de cours inédites, IRÉCUS, Université de Sherbrooke, 2000.

³⁸ CDÉC et SLD de Montréal, *Partenaires de votre succès*, Trousse d'information.

légifération dans le développement des entreprises coopératives ou encore dans le développement de services de santé offerts à la population. Les promoteurs de projets coopératifs dans le domaine sociosanitaire peuvent donc demander une aide financière au Ministère de l'industrie et du Commerce (MIC) ou encore au Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS). D'autres instances pourraient aussi être sollicitées telles le Ministère des finances ou encore le Ministère des régions. D'autre part, rien n'empêche les promoteurs d'un projet coopératif, de s'adresser à des institutions privées. Des PME de la région jusqu'aux grandes entreprises nationales et multinationales, il existe en effet un important bassin d'acteurs du secteur privé qui pourraient éventuellement être intéressés à injecter des fonds dans certaines de ces initiatives.

Ici, les intérêts des bailleurs de fonds diffèrent selon qu'il s'agisse d'une instance du gouvernement ou d'une institution privée. Alors que l'État n'injecterait normalement des capitaux que dans les projets qui respectent ses engagements vis-à-vis la population et en fonction des priorités fixées par chacun de ses ministères, les organismes privés chercheraient plutôt à satisfaire des intérêts d'ordre promotionnels. Il n'est pas impossible que certaines PME décident de s'investir dans ce type de projet par souci de contribuer à la vitalité et à la desserte de services adéquats pour la région.

L'émission de titres auprès d'autres organismes coopératifs est une autre forme de financement. La loi sur les coopératives prévoit en effet que le conseil d'administration peut, si un règlement interne le permet, émettre des parts privilégiées participantes aux personnes qui ne sont ni membres, ni membres auxiliaires.³⁹ Ces personnes deviennent donc des investisseurs dans le projet coopératif puisqu'ils contribuent à l'accroissement de l'actif de l'organisation. Les intérêts de ces acteurs sont aussi d'ordre financier. Ceux-ci désirent recevoir les intérêts reliés à leur investissement. A la différence des bailleurs de fond traditionnels, plusieurs détenteurs de parts privilégiées ont aussi investi dans ce type de projet parce que la structure et la mission de l'organisation correspondent à des principes et des valeurs qui leur sont chers.

Le recrutement de nouveaux membres est un autre moyen de financer le développement d'une entreprise coopérative. Pour devenir membre d'une coopérative, la loi des coopératives oblige chaque personne à payer une part sociale et certains achètent en plus des parts privilégiées avec ou sans intérêt lorsque le règlement interne de l'organisation le

³⁹ Assemblée nationale, *Loi sur les coopératives*, L.R.Q., chapitre C-67.2, Éditeur officiel du Québec, 1999, art. 49.1, p. 12.

permet.⁴⁰ Ces membres, qu'ils soient nouveaux ou fondateurs, sont donc eux aussi des investisseurs dans le projet coopératif puisqu'ils participent à la constitution du capital social de l'organisation. L'adhésion de plusieurs personnes peut être encouragée par la possibilité de jouir de certains avantages fiscaux provinciaux, grâce entre autres au régime d'investissement coopératif (RIC). Ce système permet non seulement aux membres de transférer des parts dans un REER autogéré, mais il fortifie du même coup la capitalisation de la coopérative.

Normalement, un projet coopératif de services de santé cherche à répondre aux besoins non satisfaits exprimés par une partie de la population d'une municipalité, d'une région. L'intérêt de devenir membre d'une coopérative est donc d'avoir accès, à proximité, à des services de santé de qualité et à des produits non pharmaceutiques à moindre coût. Les membres-propriétaires sont manifestement les parties prenantes les plus influentes auprès de la gestion et de l'administration de l'organisation puisqu'ils ont droit de vote aux assemblées générales et que certains d'entre eux siègent au conseil d'administration de la coopérative. Les décisions prises par la gestion de l'entreprise doivent donc d'abord voir à répondre aux préoccupations des membres-utilisateurs.

2.1.2 *L'autofinancement*

L'autofinancement est un autre moyen de générer du capital et des investissements nécessaires à l'organisation. Il faut cependant reconnaître que le recours à l'autofinancement est en partie possible qu'après quelques années d'opération. L'utilisation des surplus, comme méthode d'autofinancement implique nécessairement que la coopérative ait réussi à générer des trop-perçus d'opération. Plusieurs modalités prévues dans la Loi sur les coopératives permettent alors aux dirigeants, avec l'accord de l'assemblée des membres, d'utiliser ces fonds de différentes façons.

L'émission de titres auprès des membres-propriétaires est une autre forme d'autofinancement. Outre leurs parts de qualification, les membres peuvent acheter des parts privilégiées avec ou sans intérêts, ce qui permet l'injection de nouveaux investissements dans l'organisation. Les membres « investisseurs » peuvent voir à ce que leurs intérêts soient satisfaits puisqu'ils ont droit de regard et de décision sur la gestion des fonds de la coopérative et ce, en exerçant pleinement leur pouvoir démocratique à chaque assemblée générale.

⁴⁰ *Ibid.*, art. 38.3 et 46, pp.10-11.

Il est toutefois important de mentionner que les coopératives de services de santé n'offrent pas directement les services de santé. En fait, elles louent des locaux à des professionnels de santé qui eux dispenseront les soins et les services de santé aux membres de la coopérative. Les principales entrées que génère la coopérative sont donc issues de la location de ses locaux. Les professionnels rémunérés à l'acte reçoivent, à même leur rémunération, une portion d'argent (environ 30% de leur salaire) réservée aux immobilisations et à l'équipement médical. En tant que locataires des espaces offerts par la coopérative, les professionnels investissent donc de façon significative dans l'organisation. En fait, cet apport financier est important et permet à la coopérative de payer ses emprunts hypothécaires, de rémunérer les employés de la coopérative et de contribuer à la capitalisation de la coopérative de services de santé. L'intérêt des professionnels utilisant ces espaces de travail est d'avoir accès à des locaux dont le loyer n'est pas trop élevé. Toutefois, ils sont invités à participer activement aux décisions et aux orientations de la coopérative en s'impliquant au niveau du conseil d'administration. A la différence des membres-propriétaires, les professionnels de santé n'ont pas de droit de vote lors des assemblées générales, mais leur avis « médical » est de première importance dans les orientations que prendra la coopérative de services de santé. Cela est encore plus important dans un contexte de promotion des groupes de médecine familiale tel que proposé par la commission Clair et mis en application, dès janvier 2002, comme l'a annoncé tout dernièrement le ministre de la santé et des services sociaux, M.Rochon.

L'investissement de capitaux par les différents acteurs nommés ci-haut, s'il n'est pas constraint par des critères de rentabilité, de performance ou par des lois et des politiques, ne se fait donc jamais sans intérêt. Les investisseurs sont à bien des égards, des parties prenantes importantes dans la coopérative de services de santé. C'est ainsi que les institutions financières cherchent une valeur ajoutée sur le capital investi et exigent normalement une rentabilité des opérations de la coopérative. De plus, elles bénéficient d'une certaine visibilité au sein de la population et des acteurs mobilisés autour du projet. L'intérêt des membres, pour leur part, se situe dans la satisfaction d'un besoin bien précis. Une coopérative de santé de type consommation par exemple, devra offrir un accès à des services de première ligne en santé qui soient de qualité et gratuits comme le prescrit la Loi Canadienne sur la santé. Si cela est possible elle offrira aussi des prix-membres à l'achat de certains produits non pharmaceutiques. S'ajoutent aux intérêts des membre-usagers, ceux des locataires des espaces de travail. Leur intérêt, en tant que parties prenantes dans l'entreprise, est d'avoir accès à un loyer raisonnable, un environnement adéquat pour pratiquer de façon efficace leur discipline tout en étant dégagés des responsabilités de gestion et de d'administration de la coopérative.

2.2 Les employés

Les employés d'une entreprise coopérative, peu importe leurs champs d'intervention, cherchent eux aussi à satisfaire certains intérêts. Ces parties prenantes désirent généralement bénéficier de bonnes conditions de travail et de bons avantages sociaux. Certains chercheront des horaires plus stables ou encore un lieu de travail près de leur domicile. Bien qu'ils n'aient pas nécessairement le même pouvoir que les membres d'une coopérative de travailleurs, il n'en reste pas moins que l'organisation doit voir à ce que leurs attentes soient satisfaites. Comeau et Girard (2000) mentionnent cependant que « *du point de vue des employés, il manque une offre de garanties suffisantes en matière de sécurité d'emploi pour rendre la formule de coopérative de services de santé attrayante.* »⁴¹ Dans le cas des coopératives de services de santé, les employés sont généralement le personnel de soutien (secrétaire, commis-comptable, concierge, etc.), la direction (directeur général, directeur des ressources humaines, etc.) et les professionnels de santé qui ne sont pas régis par les lois du Code des professions de santé du Québec nommément les infirmières, les auxiliaires familiales, les physiothérapeutes, etc. Ces professionnels sont employés par la coopérative de santé et c'est elle qui leur verse leur salaire. Les autres professionnels tels les médecins, les dentistes, les optométristes et les pharmaciens ne sont pas des employés de la coopérative de santé. Ils sont plutôt payés à l'acte par le Régime d'assurance-maladie du Québec (RAMQ).

L'objectif premier de la coopérative de santé est de créer un environnement favorable à la pratique professionnelle. Pour ce faire les dirigeants ne cherchent pas tant à employer plusieurs professionnels qu'à leur louer des locaux de sorte qu'ils puissent y pratiquer leur discipline. C'est ainsi que « *la coopérative tire l'essentiel de ses revenus de la location d'espaces et les professionnels, de la prestation directe des services à des clients.* »⁴² Bien que la plupart du temps peu de ressources humaines soient réellement employées par la coopérative de santé, cela n'affecte en rien le rôle influent qu'elles peuvent jouer au démarrage et au développement des activités de l'entreprise à titre de partie prenantes.

2.3 Les fournisseurs

La coopérative de santé est une entreprise qui offre, dans une large mesure, des services de santé. En d'autres termes, son objectif premier n'est pas de vendre des biens. Toutefois, les professionnels de la santé qui y travaillent ont besoin de matériel pour exercer leur discipline.

⁴¹ COMEAU, Y., GIRARD, J.P., *Une comparaison entre divers établissements de services de première ligne en santé au Québec (Canada)*, dans Annales de l'économie publique sociale et coopérative, CIRIEC, Blackwell publishers, Oxford Angleterre, 2000, Vol. 71, No 3, p. 335.

⁴² *Ibid.*, p. 334.

L'entreprise coopérative doit donc faire affaire avec plusieurs fournisseurs de matériel. Ceux-ci s'occupent d'approvisionner la coopérative de services de santé en matériel médical, pharmaceutique ainsi qu'en matériel de bureau et d'entretien de l'établissement. Les fournisseurs sont directement impliqués dans le fonctionnement quotidien de l'entreprise. Leur intérêt est de vendre du matériel de qualité au meilleur prix possible tout en s'assurant que la coopérative verse les paiements dus dans les délais requis. Les fournisseurs sont probablement des acteurs influents dans le développement d'une coopérative de services de santé, mais leur rôle est beaucoup moins important que celui de la communauté, du gouvernement ou des professionnels de santé. En d'autres termes, bien que les fournisseurs soient des acteurs directement concernés par l'évolution de la coopérative, leur influence est définitivement moins significative que celle d'autres parties prenantes et les gestionnaires de la coopérative de services de santé ne se préoccuperont que dans une moindre mesure de la satisfaction de leurs intérêts.

2.4 Les clients

Le démarrage et le développement des activités d'une coopérative de services de santé doivent aussi tenir compte des intérêts des clients. Il existe, là encore, plusieurs types de clients. Puisqu'il s'agit généralement d'un modèle de coopérative de consommation, une bonne partie des clients de l'organisation est composée des membres-usagers de l'entreprise. Cependant, le principe de droit universel et d'accès à des services et des soins de santé, tel que prescrit par le régime de santé public, oblige la coopérative à ne pas favoriser les membres par rapport aux non-membres dans l'offre des services de santé, dans le prix des produits pharmaceutiques ou encore dans la priorité d'accès à un professionnel de la santé. Tous les clients doivent être traités de la même façon, ce qui rend moins évident l'avantage comparatif qu'aurait un membre de la coopérative face à un non-membre.

Certes, les membres-usagers peuvent bénéficier de quelques escomptes à l'achat de produits non médicaux et non pharmaceutiques vendus par les professionnels de santé de la coopérative. Toutefois, à la différence des clients non-membres, les membres-usagers détiennent le pouvoir réel au sein de la coopérative puisqu'ils en sont les propriétaires. Ils ont non seulement droit de regard sur les pratiques de gestion de l'organisation mais ils ont aussi un droit de vote à l'assemblée générale et peuvent se prononcer de façon démocratique sur les choix et les orientations que prendra la coopérative de santé. Contrairement aux non-membres, les membres-propriétaires ont définitivement plus de chance de voir leurs intérêts satisfaits par la coopérative de services de santé. Cependant, les membres et les dirigeants de la coopérative ont tout avantage à ce que les intérêts des non-membres soient aussi pris en compte. Les services sont offerts à l'ensemble de la population et la qualité de ceux-ci est

garante de la survie et de l'évolution de la coopérative de services de santé. Les clients sont donc des parties prenantes qui exercent une influence continue auprès des gestionnaires et des administrateurs de la coopérative de services de santé.

Les locataires de la coopérative de services de santé sont eux aussi, en quelque sorte, des « clients » de la coopérative. Les professionnels de la santé, bien qu'ils soient utilisateurs des espaces de travail de la coopérative, se retrouvent clients puisqu'ils consomment un produit offert par la coopérative, soit les locaux dans lesquels ils pratiquent. Bien qu'ils ne soient pas le type de client que nous entendons généralement, les professionnels de la santé, pourvoyeurs de services, sont tout de même clients au sens où ils consomment un bien offert par les dirigeants et les membres de la coopérative. Ces professionnels cherchent ainsi à satisfaire l'intérêt de travailler dans un espace adéquat tout en jouissant de coûts modestes de services de soutien tels ceux d'une secrétaire, d'un commis-comptable ou d'un concierge. Ce type de « client » est particulièrement influent dans l'administration et le développement de la coopérative de service de santé puisque sans son apport financier, la coopérative ne pourrait plus offrir de soins et de services de santé. Ces parties prenantes sont donc normalement intégrées au conseil d'administration de l'organisation et voient, eux aussi, à la pleine satisfaction de leurs intérêts.

2.5 Le Gouvernement

Selon le modèle des parties prenantes de Donaldson et al. (1995), le gouvernement est un acteur que les promoteurs et les gestionnaires d'entreprises doivent absolument prendre en considération dans la mise sur pied et le développement de leur projet. Le Ministère des services et des soins de santé et le Ministère de l'industrie et du commerce sont les principales instances gouvernementales concernées par les projets de coopératives de services de santé. Ceux-ci sont clairement des parties prenantes mais leurs positions sont antagonistes. Alors que le MSSS a pour mission de conserver l'offre des services sociaux et des services de santé au sein de l'appareil public et de respecter les priorités fixées par l'ensemble des régies régionales de la province, la direction des coopératives, rattachée au MIC, a pour sa part, le mandat de faire la promotion et de favoriser le développement des entreprises coopératives au Québec.

2.5.1 Le Ministère de la santé et des services sociaux

L'implication du Ministère de la santé et des services sociaux est plus qu'évidente dans le cas des coopératives de services de santé. Le domaine sociosanitaire est fortement réglementé et les projets d'entreprises privées et à but non lucratif se présentent comme un

des symptômes du lent processus de privatisation dont l'État se méfie, à tout le moins officiellement. En effet, à en croire un avis adressé en février 1999 aux promoteurs de projets d'entreprise dans le domaine des soins de santé, le MSSS réaffirmait : « *sa responsabilité en matière de soins de santé, soit en matière de soins médicaux, de soins infirmiers, de services de réadaptation, etc., qui sont les services médicalement requis. Le MSSS n'entend d'aucune façon favoriser le partage de ses responsabilités, qui sont l'apanage du réseau public.* »⁴³

Pour plusieurs chercheurs et professionnels de la santé au Québec, le gouvernement provincial est malheureusement contradictoire. Bien que l'État affirme avec détermination ses intentions de garder le plein pouvoir des services de santé et des services sociaux, rien ne semble moins certain dans le contexte du virage ambulatoire et du programme d'assainissement des finances publiques qui encouragent dans les faits un subtil glissement vers la privatisation passive de plusieurs services. D'après le Secrétariat du conseil de la santé et du bien-être :

*« La privatisation passive, selon la définition qu'en donne l'Organisation Mondiale de la santé, décrit ce phénomène par lequel le secteur privé connaît une croissance sans que celle-ci soit encouragée ou soutenue de manière active par les politiques gouvernementales. [...] Cela dit, la privatisation passive peut théoriquement, tout comme la privatisation active, constituer une stratégie publique. »*⁴⁴

Loin de reconnaître que les décisions de gestion prises par le gouvernement au cours des dix dernières années ont favorisé la mise sur pied d'un système de santé à « deux vitesses », la Commission Clair admet tout de même que « ...*l'organisation des services n'a pu s'adapter de façon dynamique et adéquate à ces transformations. Elle les a plutôt subies. [...] Il en résulte aujourd'hui une organisation en difficulté qui connaît des problèmes croissant d'accessibilité et de continuité.* »⁴⁵

⁴³ GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, Ministère du conseil exécutif, Le secrétariat du Sommet sur l'économie et l'emploi, *Position gouvernementale sur la place des entreprises en matière de soins de santé*, (1999), <http://www.mce.gouv.qc.ca/economiesociale/html/sant%E9.html>, (août 2001)

⁴⁴ GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, Conseil de la santé et du bien-être, *Évolution des rapports public-privé dans les services de santé et les services sociaux*, Québec, 1997, p. 30.

⁴⁵ GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, *Les solutions émergentes*, Rapport et recommandations, Québec, Direction des communications du ministère de la santé et des services sociaux, 2000, p.26.

C'est dans ce contexte de crise politique et économique que le secteur des services d'aide à domicile a connu une importante croissance, cela s'expliquant en bonne partie par le rôle que jouent les organisations d'économie sociale depuis 1996. Si le Ministère des régions et le MSSS ont fait preuve d'ouverture à l'égard des organisations à but non lucratif oeuvrant dans les services périphériques de santé, il en est tout autrement pour ce qui est des projets coopératifs reliés aux services de santé de première ligne. D'ailleurs, « *la CSN et le Chantier d'économie sociale demandent au gouvernement d'investir massivement dans les CLSC et particulièrement dans les services de maintien à domicile. Les deux organisations jugent primordial de maintenir ces services dans le domaine public.* »⁴⁶ L'intérêt de l'État est de conserver le pouvoir de gestion relatif à l'offre de services médicaux de sorte qu'il soit possible de garantir pour tous le droit universel et l'accès à des services et des soins de santé. C'est donc aux institutions publiques telles les CLSC et les centres hospitaliers que revient la responsabilité d'offrir des soins de première ligne en santé. Plusieurs intervenants s'entendent d'ailleurs pour affirmer que les CLSC, même dans un rapport de collaboration avec les agences privées et les organismes communautaires, doivent conserver leur rôle de coordination et de prestation des services de première ligne. De plus, afin d'orienter le MSSS vers des choix de prévention, de promotion et de protection de la santé, la Commission Clair propose de mettre de l'avant une politique québécoise de santé et de bien-être favorisant la mise sur pied de groupes de médecine familiale. Les recommandations soumises encouragent le gouvernement à reconnaître sa responsabilité et son imputabilité globale face à la santé de la population et proposent qu'il assume un leadership fort en matière de protection, de promotion de la santé et de prévention de la maladie.⁴⁷

Il convient de préciser ici que les coopératives de services de santé se présentent comme des initiatives privées, au sens où elles ont besoin de l'investissement de capitaux par les membres-usagers, alors que ceux-ci contribuent déjà, par l'intermédiaire de leurs impôts, au financement des services publics de santé. En d'autres termes, ces organisations ne font pas partie des institutions de santé publique administrées par l'État. Les dirigeants des coopératives de services de santé ne sont donc pas dans l'obligation de répondre à des orientations et des planifications de répartition équitables des services de santé sur le territoire. Ces coopératives sont aussi privées du fait que l'établissement et le matériel nécessaire à la pratique des professionnels de santé sont en grande partie la propriété des membres de la coopérative et non celle de l'État. Elles restent cependant publiques, au

⁴⁶ CONFÉRENCE DES SYNDICATS NATIONAUX, *la CSN et le Chantier d'économie sociale demandent au gouvernement d'investir dans les services de première ligne*, <http://www.csn.qc.ca/pageshtml/commdec00.html> (juillet 2000)

⁴⁷ GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, *Les solutions émergentes*, Rapport et recommandations, Québec, Direction des communications du ministère de la santé et des services sociaux, 2000, p.35-36.

même titre que les polycliniques privées parce que les professionnels qui y pratiquent sont majoritairement rémunérés par le régime d'assurance maladie du Québec et que les services offerts sont accessibles gratuitement à tous les citoyens, membres ou non-membres de la coopérative.

Dans ce contexte, l'État démontre peu d'ouverture face aux initiatives de projets coopératifs dans le secteur des services et des soins de santé. Bien que le gouvernement aborde les nouveaux changements dans une perspective de partenariat public-privé, il souhaite définitivement que ces services soient complémentaires plutôt que dédoublés. Face aux coopératives de santé qui ont pris forme au cours des dernières années, le ministère de la santé et des services sociaux a donc adopté une attitude passive, se donnant la possibilité d'observer l'évolution de cette tendance et de voir à ce que le principe de couverture universelle soit respecté. Le MSSS est donc une autre partie prenante qui influence de façon significative le développement des coopératives de services de santé.

2.5.2 Ministère de l'industrie et du commerce

La Direction des coopératives du ministère de l'industrie et du commerce est aussi un acteur gouvernemental important dans le cadre du développement des coopératives. En effet, la Direction des coopératives a pour mission de favoriser l'émergence et la croissance des coopératives et des entreprises d'économie sociale. Elle contribue au développement des différents secteurs de l'activité coopérative et de l'économie sociale par un suivi et un soutien appropriés.⁴⁸

Dans sa campagne de consultation pour l'élaboration d'une nouvelle politique de développement coopératif, le MIC affirme qu'il «*existe un consensus voulant que la coopérative devienne un instrument universel de développement plus attrayant et qu'elle soit davantage outillée pour répondre aux grands enjeux économiques et sociaux de demain.*»⁴⁹ Face à une dévitalisation de larges zones géographiques et à une disparition des services de proximité, le gouvernement a démontré son intérêt à promouvoir de nouvelles formules de coopératives afin d'augmenter de 50% le nombre de constitutions annuelles de nouvelles coopératives au cours des cinq prochaines années. La Direction des coopératives reconnaît que certains secteurs soient plus réglementés et plus difficiles à pénétrer, et c'est pour cette raison que la nouvelle politique devrait normalement comprendre des dispositions permettant

⁴⁸ GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, Ministère de l'industrie et du commerce, Direction des coopératives, www.mic.gouv.qc.ca/coopératives/DCCOOP.html, (novembre 2001).

⁴⁹ GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, Ministère de l'industrie et du commerce, Direction des coopératives, politique de développement des coopératives, Sommaire et question, Québec, 2000, p. 7.

l'amélioration de l'offre de services d'aide spécialisés. Il ne fait aucun doute que le MIC est aussi un acteur fort influent dans le développement des coopératives de services de santé au Québec, et ce, même si ses objectifs ne se trouvent pas toujours dans le prolongement des orientations du ministère de la santé et des services sociaux. Ses rôles et responsabilités à l'égard des promoteurs de projets coopératifs sont suffisamment importants pour que les dirigeants de projets coopératifs dans le secteur de la santé n'aient d'autres choix que de voir à satisfaire les intérêts de cette partie prenante.

2.6 Les groupes de pression

Les principaux groupes de pression concernés par le démarrage et le développement des coopératives de services de santé sont résolument les grandes institutions syndicales. Depuis l'annonce du virage ambulatoire et de l'objectif du « déficit zéro », les différentes centrales syndicales se sont engagées dans une lutte contre la privatisation des services et des soins de santé. La CSQ dénonce en effet tous les élan de privatisation (active et passive) entrepris par l'État. Dans son mémoire adressé à la Commission Clair, la Centrale des syndicats du Québec considère que la désassurance de services, le contournement des listes d'attentes par l'achat de services aux agences privées, le recours à des entreprises à but lucratif ou non sont autant de scénarios qui favorisent la contribution financière des individus et dans une plus large mesure, la privatisation du système de santé. La CSQ considère non seulement que le gouvernement québécois « *s'oriente vers des solutions de compétition entre les établissements publics, d'indicateurs de performance et de reddition de comptes* » mais qu'il met aussi en péril les valeurs et les principes d'universalité, d'accessibilité et d'équité de l'appareil public de santé.⁵⁰

La CSN argumente, pour sa part, que plus le secteur privé joue un rôle important dans le système de santé, moins les dépenses sont contrôlées et cela pose plusieurs problèmes d'équité dans l'accès aux services. Les compressions des dernières années ont été suffisamment éprouvantes et il serait périlleux selon la Confédération d'imposer des frais aux usagers ou d'aller plus de l'avant dans l'utilisation des « tickets modérateurs ». La santé et les services sociaux font partie du bien commun et c'est dans un soucis de respect et de protection des droits des travailleurs du milieu de la santé et des droits des citoyens du Québec que la CSN exhorte le gouvernement à éviter toute proposition visant la privatisation ou la sous-traitance dans le secteur des services et des soins de santé. La Confédération des syndicats nationaux considère que le système public de santé est encore « *le meilleur*

⁵⁰ CENTRALE DES SYNDICATS DU QUÉBEC, Commission d'étude de la CSQ, *Pour en finir avec la grande débâcle en santé et services sociaux*, Mémoire présenté à la Commission d'étude des services de santé et des services sociaux, <http://www.ceq.qc.ca/fiche87/fiche496.html> , (juin 2001)

outil pour réguler et gérer, dans une optique d'efficience et d'équité, les pressions qui s'exercent aujourd'hui sur les services sociaux et de santé. »⁵¹

A la lumière de ces plaidoyers, on peut comprendre que l'acceptation au Sommet de l'économie et de l'emploi, en 1996, de favoriser le développement des corporations d'économie sociale oeuvrant dans le secteur de l'aide à domicile a suscité de vives réactions de la part des organisations syndicales. Bien entendu, les unions syndicales reconnaissent la responsabilité sociale qui incombe aux entreprises d'économie sociale, d'offrir des services adéquats là où le gouvernement n'intervient plus. La CSN et le Chantier de l'économie sociale « *s'entendent pour affirmer que les entreprises d'aide domestique issues de l'économie sociale ont un rôle important à jouer dans les services de proximité, rôle qui ne peut être assumé de manière socialement acceptable par les entreprises privées.* »⁵² Le mouvement syndical craint néanmoins que cette initiative ne mène au débordement du champ des services d'aide à domicile pour offrir des services d'assistance et de soins à la personne. D'ailleurs cette appréhension s'est confirmée lorsque que le rapport Anctil, portant sur l'évaluation de la place des entreprises d'aide domestique du secteur de l'économie sociale dans les services à domicile, a soumis comme recommandation d'inclure dans le programme d'exonération (PEFSAD) des services de gardiennage et des services d'assistance à la personne.⁵³ De l'avis des grandes centrales syndicales, cette orientation signifie qu'on « *cautionnerait le désengagement de l'État dans ces deux derniers services (en principe offert par les Centres locaux de services communautaires CLSC), ce qui serait une incitation à la substitution d'emplois.* »⁵⁴ Ces orientations sont une fois de plus les signes avant-coureurs d'un État qui cherche à se désengager progressivement de la couverture universelle.

Il ne fait donc aucun doute que les institutions syndicales se présentent comme des groupes de pression non négligeables pour les promoteurs de projets de coopératives de services de santé. Selon le modèle des *stakeholders* de Donaldson et al. (1995), ces groupes de pression sont des parties prenantes très influentes dans le développement des coopératives

⁵¹ CONFÉDÉRATION DES SYNDICATS NATIONAUX, Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, *Non à la privatisation ! Les services de santé et les services sociaux sont partie intégrante du bien commun*, Mémoire de la Confédération des syndicats nationaux, <http://www.csn.qc.ca/Memoires/Clair/MemCSNClairFrSet.html>, (octobre 2001)

⁵² CONFÉRENCE DES SYNDICATS NATIONAUX, *la CSN et le Chantier d'économie sociale demandent au gouvernement d'investir dans les services de première ligne*, <http://www.csn.qc.ca/pageshtml/commdec00.html> (juillet 2000)

⁵³ ANCTIL H. et BÉLANGER, L. Rapport d'évaluation sur la place des entreprises d'aide domestique du secteur de l'économie sociale dans les services à domicile, État de situation et pistes de solution, Québec, Direction des communications du ministère de la santé et des services sociaux, 2000, p.26.

⁵⁴ GIRARD, J.P., *Les coopératives sociales italiennes : description et éléments de réflexion sur le contexte québécois*, Chaire de coopération Guy-Bernier, Cahier de recherche # 115, UQAM, Montréal, 2000, p. 29.

de services de santé. Leur mandat est de défendre et de promouvoir les droits des travailleurs syndiqués oeuvrant dans le domaine sociosanitaire et de prévenir, dans une plus large mesure, que les services de santé et les services sociaux ne soient privatisés et soumis aux règles du marché, à la concurrence de moins en moins équitable. En ce sens, elles s'opposent d'une part à toute initiative qui pourrait encourager la privatisation des services de santé, compromettant ainsi le droit d'accès universel et d'autre part à toute substitution d'emplois du secteur public (CLSC et centres hospitaliers). Certes, la CSN et le Chantier d'économie sociale privilégient un partenariat entre l'État et les entreprises d'économie sociale oeuvrant dans le secteur de l'aide à domicile, mais elles manifestent bien peu d'intérêt dans la mise sur pied de coopératives de services de santé, plus encore elles s'y opposent.

2.7 La communauté et les autorités municipales

2.7.1 La communauté

La communauté est souvent impliquée dans le démarrage et le développement d'une coopérative de services de santé. En fait, il n'est pas rare de constater que les citoyens et les leaders locaux sont généralement à l'origine de ce type de projet. Cette réalité est cependant plus courante en région, là où la résolution de problèmes de développement local fait appel à une large mobilisation de la population. Comme le mentionne J.P. Girard : « *...ces coopératives se veulent une réponse à l'absence de services de santé dans des milieux semi-urbains.* »⁵⁵ D'ailleurs, une recherche menée par Girard (1996) a révélé que 125 municipalités de la province du Québec « *n'auraient aucun service de santé dans un rayon de 8 kilomètres et 30 autres, qui ont actuellement des services, prévoient « fort probablement » en manquer dans un horizon de 2 à 3 ans.* »⁵⁶ Une des alternatives qui se présente à plusieurs de ces collectivités est donc de se doter elles-mêmes d'un établissement de soins de santé par le biais de la formule coopérative.

D'autre part, les entreprises coopératives de consommation, comme c'est le cas pour les coopératives de services de santé, appartiennent à plusieurs membres-usagers issus de la communauté. Sans prétendre que ces membres représentent l'ensemble de la collectivité, ceux-ci, par l'utilisation de leur pouvoir dans les différentes instances démocratiques de

⁵⁵ COMEAU, Y., GIRARD, J.P., *Une comparaison entre divers établissements de services de première ligne en santé au Québec (Canada)*, dans Annales de l'économie publique sociale et coopérative, CIRIEC, Blackwell publishers, Oxford Angleterre, 2000, Vol. 71, No 3, p. 334.

⁵⁶ GIRARD, J.P. État de la disponibilité des services de santé au Québec, une réflexion sur la contribution de modèles d'entreprises collectives à un virage santé par et pour les citoyens, Sondage été 1996, Chier de recherche, (no. 081), Chaire de coopération Guy-Bernier (UQAM), Montréal, 1997, p. 4.

l'organisation, exercent une influence directe sur les orientations de l'entreprise et par extension sur les services offerts à la collectivité. Il est donc dans l'intérêt des gestionnaires et des membres-propriétaires de la coopérative de services de santé de voir à offrir à tous les citoyens, et dans le respect du droit universel d'accès à des soins de santé, une qualité et une disponibilité des services professionnels de santé. L'intérêt que peut porter la communauté à l'égard d'un projet de coopérative de santé est relativement similaire à celui des clients membres et non-membres de l'organisation. En effet, vu l'absence de services de santé dans plusieurs petites municipalités, il est tout à fait compréhensible que certaines collectivités incitent les autorités locales à promouvoir la création d'une coopérative de santé de sorte que tous puissent avoir accès plus facilement à des services et soins de santé. La communauté est donc elle aussi une partie prenante influente auprès des promoteurs de coopératives de santé. D'ailleurs, elle exerce, à bien des égards, une pression beaucoup plus importante sur les décisions de la coopérative du fait que ce sont ces mêmes personnes qui siègent au conseil d'administration et qui exercent leur droit de vote lors des assemblées générales annuelles.

2.7.2 *Les autorités municipales*

La mairie est un des principaux organes de pouvoir politique des municipalités au Québec. Ayant entre autres comme mandat de représenter et de défendre les intérêts des citoyens de la communauté, c'est souvent à elle que reviendra la responsabilité de répondre à de nouvelles problématiques de développement du territoire et d'amélioration du patrimoine de la collectivité. La mairie peut donc être appelée à jouer un rôle clef dans le cadre du démarrage et du développement d'une coopérative de services de santé. Ses pouvoirs législatifs et politiques peuvent en effet avoir un impact sur les taxes foncières, les contrats d'achats d'immeuble, les politiques de développement de la municipalité, etc. C'est ainsi que la mairie, à titre d'instance de représentation de la communauté se doit d'être à l'écoute des citoyens et de tenter de répondre aux besoins les plus urgents dans une perspective durable. En d'autres termes, son intérêt à l'égard du déploiement d'une coopérative de services de santé serait de répondre aux besoins exprimés par la population et de favoriser le développement et l'amélioration de l'offre de services sur le territoire.

Évidemment les gestionnaires de la coopérative doivent aussi composer avec l'influence de la mairie et voir à satisfaire les aspirations de cette autre partie prenante. Par contre, il est de la responsabilité des promoteurs de tout projet concernant l'amélioration du développement local de sensibiliser les représentants de la communauté locale et de maintenir leur intérêt face au projet. Autrement, les représentants du pouvoir politique municipal pourront, à tout moment, se désinvestir du projet. Néanmoins, comme le mentionne Paul Prévost : « .../es

élus locaux sont responsables politiquement et leur participation doit être acceptée par la population qu'ils représentent. Sinon les lendemains électoraux risquent d'être douloureux... »⁵⁷

2.8 Associations commerciales ou professionnelles

Plusieurs associations commerciales et professionnelles sont impliquées de près dans le démarrage et le développement des coopératives de services de santé au Québec. Parmi ces parties prenantes influentes, mentionnons ici le Conseil de la coopération du Québec (CCQ), les coopératives de développement régional (CDR), ainsi que les différentes fédérations de professionnels de santé.

2.8.1 Le Conseil de la coopération du Québec

Alors que la Direction des coopératives rattachée au MIC a pour mission de favoriser l'émergence et la croissance des coopératives et des entreprises d'économie sociale, le Conseil de la coopération du Québec a pour sa part la mission :

« ...d'animer la recherche et l'expérimentation de nouvelles pratiques de coopération, [...] de favoriser la promotion de la formule d'entreprises coopératives partout où elle est susceptible de répondre aux besoins, [...] de favoriser le renforcement des secteurs coopératifs en phase de démarrage, consolidation et développement et de représenter les membres sur les sujets d'intérêts communs et de défendre leurs intérêts. »⁵⁸

Le Conseil de la coopération s'est ainsi engagé dans la voie de la promotion du mouvement coopératif visant tout particulièrement les leaders d'opinion et les intervenants en développement économique et social de sorte que les coopératives soient perçues comme des initiatives entrepreneuriales collectives et porteuses de développement local et durable.⁵⁹ Le CCQ a mis de l'avant une vision partenariale favorisant l'élargissement des relations avec les intervenants du secteur de l'économie sociale, du développement local, de la politique provinciale, de l'enseignement et de la recherche.

⁵⁷ PRÉVOST, Paul, *Entrepreneurship et développement local, Quand la population se prend en main*, Collection entreprendre, Les éditions Transnationales, 1993, p.87.

⁵⁸ CONSEIL DE LA COOPÉRATION DU QUÉBEC, *Tendances et défis, Rapport annuel 1999*, Québec, avril 2000, informations complémentaires.

⁵⁹ Selon une étude menée par le ministère de l'industrie et du commerce en août 1999, les entreprises coopératives ont un taux de survie deux fois plus élevé que celui des entreprises en général.

Conscient des nouveaux défis à relever dans un contexte socioéconomique en perpétuelle mutation, le Conseil de la coopération du Québec a mis sur pied, en 1996, le sous-comité du développement coopératif dans le domaine de la santé. Son mandat était alors : « *d'appuyer, soutenir, encourager le développement des coopératives dans le domaine de la santé.* »⁶⁰ Par l'entremise de ce comité, le CCQ a tenté de faire la démonstration que le mouvement coopératif est conscient des débats et des enjeux actuels relatifs à la santé et aux services de santé publique. D'ailleurs, lors de son allocution, M. Majella St-Pierre a pris le temps de souligner qu'il :

*« ... ne peut être question pour le mouvement coopératif de se substituer à l'État ni même de vouloir créer un réseau parallèle de distribution de services et de soins de santé, ni même de servir de cheval de Troie à la privatisation du système de santé. »*⁶¹

Les membres du sous-comité du développement coopératif dans le domaine de la santé reconnaissent que ce ne sont pas les besoins qui manquent en matière de santé et c'est pour cette raison qu'ils se sont dotés d'une stratégie de consolidation et de développement d'un nouveau réseau de partenaires. Selon les membres du sous-comité, les projets coopératifs mis de l'avant doivent bénéficier d'une faveur et d'un support plus efficaces. Cette initiative se veut ainsi une démarche d'encadrement des entreprises coopératives de santé en émergence dans différentes régions du Québec afin de permettre aux citoyens de se donner eux-mêmes les outils et les services nécessaires au maintien de leur qualité de vie. Il ne fait aucun doute que le CCQ est un acteur important dans la promotion et le développement de coopératives de services de santé. Son intérêt, en tant que partie prenante dans les projets coopératifs oeuvrant dans le domaine sociosanitaire, est de favoriser la mise sur pied de nouvelles coopératives de services de santé tant que les services offerts sont complémentaires à ceux dispensés par des organismes publics.

2.8.2 Les coopératives de développement régional

A titre d'organisme spécialisé, les coopératives de développement régional jouent, elles aussi, un rôle actif dans la promotion et le développement des coopératives de services de santé. Leur mandat premier est de favoriser le développement des coopératives en région et de se positionner comme un acteur du développement régional en collaborant avec différents organismes socioéconomiques présents sur le territoire. C'est ainsi que les CDR implantées

⁶⁰ CONSEIL DE LA COOPÉRATION DU QUÉBEC, Actes de la journée d'étude du 8 octobre 1998 sur le développement coopératif dans le domaine de la santé, Lévis, p.4.

⁶¹ *Ibid.* p. 10.

dans 11 régions du Québec, offrent des services de support technique au démarrage, des services de gestion conseil, de formation, de gestion de projet, etc.⁶² Les CDR, en cherchant à faire la promotion de la formule coopérative comme solution de développement durable se positionnent automatiquement en faveur d'une croissance des modèles de coopératives de services de santé. D'ailleurs, la Fédération des coopératives de développement régional du Québec (FCDRQ) ne manque pas de souligner que parmi les défis des prochaines années, les CDR auront à chercher de nouveaux créneaux de développement, notamment dans les services de proximité en milieu rural. L'analyse réalisée par la FCDRQ sur la réorganisation et la rationalisation des services de santé souligne d'ailleurs que les besoins en services d'aide à domicile et en services de santé ont considérablement augmenté depuis le virage ambulatoire et les orientations politiques vers le déficit zéro. C'est dans ce contexte que les CDR, comme le Conseil de la coopération du Québec, affirment que leurs interventions régionales « *doivent se faire en complémentarité plutôt qu'en concurrence avec le secteur public et /ou en partenariat avec l'État, les syndicats et tous les autres intervenants déjà à l'action sur le terrain.* »⁶³ Toutefois, les dirigeants des CDR prennent le soin d'ajouter que cette règle ne doit pas être un frein à la satisfaction des besoins exprimés par la population. C'est dans cette perspective que les promoteurs de projets coopératifs dans le domaine sociosanitaire peuvent compter sur la volonté des CDR à promouvoir et supporter les projets de coopératives de services de santé.

2.8.3 Les fédérations et ordres de professionnels de santé

La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), la Fédération des médecins résidents du Québec (FMRQ), l'Ordre des dentistes du Québec (ODQ) et l'Ordre des psychologues du Québec (OPQ), sont quelques-uns des organismes représentant certains corps professionnels de la santé directement impliqués dans les projets de démarrage et de développement de coopératives de services de santé. Leur positionnement face au développement de formules alternatives de services de santé, telles que les coopératives, est significatif quant à leurs chances de survie. Plus engagées dans le réaménagement des services de santé et des services sociaux au Québec, la FMOQ et la FMRQ affirment ouvertement être en accord avec le développement du secteur privé⁶⁴. Dans le mémoire de la Fédération des médecins résidents du Québec présenté à la commission Clair,

⁶² FÉDÉRATION DES COOPÉRATIVES DE DÉVELOPPEMENT RÉGIONAL, *Le réseau des coopératives de développement régional du Québec*, Québec, 2000, p. 6.

⁶³ ST-PIERRE, MAJELLA, *Notes de cours inédites*, Québec, 2000, p. 8.

⁶⁴ Notes : La privatisation fait d'avantage référence à des services de santé accessibles aux personnes qui en auront les moyens, qui pourront payer directement (ex : services d'esthétique ...) que le développement de cabinets privés. Ici les polycliniques comme les coopératives sont des initiatives « privées » au sens où elles ne sont pas nécessairement alignées sur les orientations des régies régionales qui souhaitent une répartition équitable des effectifs médicaux sur leur territoire.

l'organisation, dans un souci d'optimisation du financement du système de santé, propose une ouverture au secteur privé et de nouvelles rationalisations dans l'appareil administratif des services de santé. On peut y lire :

*« La survie de notre système de santé passe, entre autres, par l'entrée de nouvelles sommes d'argent, si nous désirons en garder intactes les assises et maintenir nos acquis, voire les améliorer. Il importe cependant [...] d'examiner d'autres avenues de solution, notamment le plan d'orientation stratégique qui permettra la rationalisation des ressources et des programmes existants, ainsi que l'accroissement de la contribution du secteur privé. »*⁶⁵

Cette recommandation met en évidence l'intérêt que manifeste une majorité de médecins résidents pour une pratique en cabinet privé combinée aux interventions en milieu hospitalier. Un sondage national effectué durant l'hiver 2001 auprès des médecins de famille et réalisé par le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) rapporte un intérêt similaire chez les médecins de famille/omnipraticiens. En effet, 67 % des médecins omnipraticiens travaillent déjà en cabinet privé et il semblerait que « *de plus en plus de médecins choisissent de se regrouper pour partager les multiples tâches de médecine familiale, au cabinet mais aussi auprès des malades chroniques et à l'hôpital* »⁶⁶

Dans son mémoire soumis à la commission Clair, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec soumet des recommandations analogues. En effet, elle souligne qu'elle :

«... ne croit pas pertinent de développer un système de soins privé parallèle au système public pour les soins médicaux. Toutefois, des partenariats plus nombreux et mieux ciblés devraient être développés avec le secteur privé. Ainsi, des ententes de services entre un établissement public ou une régie régionale et des cliniques médicales

⁶⁵ FÉDÉRATION DES MÉDECINS RÉSIDENTS DU QUÉBEC, Synthèse du mémoire de la Fédération des médecins résidents du Québec (FMRQ) déposé dans le cadre de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (CESSSS), http://www.fmrq.qc.ca/f-commission_clair.htm, (novembre 2001).

⁶⁶ FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC, Les médecins de famille s'inquiètent de l'accessibilité aux soins, selon les résultats d'un sondage pan-canadien, Montréal, <http://www.fmq.org> (novembre 2001).

pourraient être conclues pour la production de certains services diagnostiques ou thérapeutiques couverts par le régime public. »⁶⁷

A la lecture des orientations privilégiées par les deux principales fédérations de médecins du Québec, l'État devrait développer de meilleurs partenariats avec le secteur privé lucratif. Nulle part, il est fait mention d'encourager plus de complémentarité avec les entreprises privées à but non lucratif ou avec les organisations communautaires oeuvrant de près ou de loin dans le domaine sociosanitaire. C'est donc dire que la FMOQ et la FMRQ ne manifestent que très peu d'intérêt pour les projets de coopératives de services de santé. Pourtant, les professionnels de la santé offrant des services de première ligne sont payés à l'acte par le RAMQ et la clientèle est aussi la même puisque tous ont le droit d'accès aux services et soins de santé, tel que le prescrit la loi canadienne sur la santé. Plus encore, la coopérative offre la chance aux médecins de se départir des fonctions de gestion de l'entreprise. Les professionnels sont plutôt sollicités à siéger sur le conseil d'administration de l'organisation de sorte que leurs points de vue et leur expertise soient mis à contribution. Malgré cela, une bonne majorité des médecins préfère encore travailler au sein d'une organisation privée où les décisions prises dépendent moins de la communauté et des clients comme c'est le cas pour une coopérative de services de santé.

Les professionnels de la santé, tels les médecins, les psychologues, les pharmaciens et les dentistes sont des acteurs clefs dans le cadre d'un projet de coopérative de services de santé. Sans eux, aucun projet n'est possible. Ils sont donc des parties prenantes très importantes et les promoteurs de tels projets alternatifs doivent prévoir les défis de recrutement et s'assurer que les intérêts des professionnels qui décident de s'impliquer soient satisfaits.

⁶⁷ FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC, *Mémoire à la commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, résumé*, <http://www.fmq.org/planification/pdf/clairesume.pdf>, (novembre 2001).

SYNTHÈSE DU CAS DE LA COOP-SANTÉ LES GRÈS

Ce chapitre traite du cas de la coopérative de services de santé de St-Étienne-des-Grès. Maintenant que nous connaissons le positionnement officiel des différents acteurs influents et susceptibles de s'impliquer dans un projet de coopérative de services de santé, il est à notre avantage de comprendre comment les promoteurs de la Coop-Santé Les Grès sont arrivés à développer un tel projet alors que les intérêts de plusieurs parties prenantes sont souvent difficiles à concilier. La synthèse de l'étude du cas de la coopérative de services de santé de St-Étienne-des-Grès, qui prend la forme d'une analyse descriptive, vise donc à relever les moyens qui ont été utilisés par les promoteurs tout au long du projet pour en arriver à gérer les besoins et les intérêts des différentes parties prenantes.

Il convient ici de souligner que nous avons choisi le cas de St-Étienne-des-Grès pour des raisons purement pratiques. D'abord, il s'agit de la première coopérative de services de santé du genre à être opérationnelle au Québec. Une première coopérative de services de santé a bien vu le jour en 1944, mais elle a été mise sur pied dans un contexte politique et économique bien différent. La Coopérative de santé de Québec, aux dires du docteur Tremblay, principal promoteur de cette entreprise à l'époque, était « *une organisation collective, volontaire et privée, sans influence politique et composée d'individus qui s'unissent dans le but de se procurer des services médicaux ...* ». Deux ans plus tard, face à la volonté de l'État d'offrir une couverture universelle d'assurance santé, la coopérative devenait les Services de santé du Québec (SSQ) et se concentrerait alors dans les programmes d'assurance-groupe.⁶⁸

La Coop-Santé Les Grès est donc la première du genre à avoir vu le jour depuis la mise en place du Régime d'assurance maladie du Québec. Aujourd'hui, il en existe quelques-unes sur l'ensemble du territoire de la province. A titre de projet pilote, les promoteurs ont certainement rencontré plus d'obstacles et de défis à relever que les leaders de nouveaux projets du même genre. Cette réalité est des plus intéressantes dans le cadre de notre recherche exploratoire sur la gestion des parties prenantes. D'autre part, le succès de la Coop-Santé Les Grès a fait couler beaucoup d'encre, ce qui nous a permis d'avoir accès à une certaine quantité d'ouvrages littéraires traitant du sujet.

⁶⁸ GIRARD, J.P. *Les coopératives dans le domaine sociosanitaire au Québec : état de la situation*, Cahier de recherche, Montréal, Chaire de coopération Guy-Bernier (UQAM), 2000, p.2.

Comme nous l'avons vu au chapitre deux, la méthodologie utilisée pour effectuer l'étude de cas de la coopérative de services de santé de St-Étienne-des-Grès est celle de la revue de littérature et des entrevues dirigées. L'information recueillie nous permet maintenant de faire une analyse descriptive à partir d'une synthèse du cas de St-Étienne-des-Grès.

La Coop-Santé Les Grès est définitivement l'exemple d'un service de proximité mis sur pied collectivement dans une perspective de développement local et durable. Les lignes qui suivent, tenteront d'exposer le plus fidèlement possible l'historique de l'initiative des citoyens de St-Étienne-des-Grès en prenant bien soin de faire ressortir les intérêts défendus par chacune des parties prenantes impliquées dans le projet.

1. Émergence de la coopérative

St-Étienne-des-Grès est un petit village de 3800 habitants situé au cœur de la Mauricie, à environ 20 km de Shawinigan et Trois-Rivières. Cette municipalité, appelée à connaître une croissance démographique continue au cours des prochaines années, présente les caractéristiques d'une banlieue semi-urbaine. En effet, une bonne portion de la population active travaille au parc industriel de Bécancour, au centre fédéral de Données fiscales de Shawinigan-sud ou aux centres-ville de Shawinigan et Trois-Rivières. Des études statistiques portant sur les citoyens de St-Étienne-des-Grès démontrent qu'en 1994, plus de 47 % de la population était composée de natifs de l'endroit vivant avec des revenus très modestes. Ces mêmes études ont cependant révélé que l'autre moitié de la population était composée de jeunes couples professionnels travaillant en ville et jouissant de deux salaires. Ces données annonçaient déjà un important potentiel de croissance économique et une augmentation des besoins exprimés par la population.⁶⁹ Un des besoins devenu criant était justement celui de l'accès à des services et des soins de santé.

1.1 La communauté et les autorités municipales

En 1994, le maire de la municipalité de St-Étienne-des-Grès se voit remettre une pétition signée par 1100 personnes lui demandant de régler le problème de disponibilité de services et de soins de santé. Il faut mentionner que jusqu'en 1991, trois médecins et un pharmacien étaient présents et offraient des services sur le territoire de St-Étienne-des-Grès. Depuis leur départ, les citoyens de la municipalité devaient soit se rendre à la clinique privée de St-Boniface, soit se déplacer à Shawinigan ou à Trois-Rivières pour consulter un professionnel de santé en CLSC ou en centre hospitalier. Le maire, fort de son expérience d'expropriation

⁶⁹ BOIVIN, I. FILION, J., *La Coop-santé Les Grès*, École des HEC, dans *Organisation et territoires*, Chicoutimi, vol 10, numéro 3, automne 2001, p. 62.

de la multinationale Waste management International, de la mise sur pied d'une garderie communautaire et de plusieurs autres projets collectifs, n'était donc pas sans moyen devant cette nouvelle demande adressée par les citoyens. Alors que la population exprime collectivement sa volonté de voir les services de proximité en santé s'améliorer, la municipalité a le devoir et l'intérêt de répondre le plus adéquatement possible à ses citoyens. La municipalité, représentant la collectivité, est ainsi devenue la première partie prenante impliquée dans la mise sur pied de ce qui deviendra la Coop-Santé Les Grès.

Conscient de l'importance de démarrer les projets municipaux sur des bases solides et en concertation avec les acteurs influents de la communauté, le maire décide d'abord d'en glisser un mot au directeur de la Caisse populaire de St-Étienne-des-Grès. Il faut souligner que c'est en partenariat avec la Caisse du village que la garderie communautaire a vu le jour l'année précédente. Le maire et le directeur de la Caisse populaire n'en étaient donc pas à leurs premières relations d'affaire. Parallèlement à cette initiative et avec l'aide de la conseillère municipale qui est aussi la dirigeante du conseil d'administration de la Caisse populaire, la municipalité démarre une campagne de sollicitation en adressant des invitations à des médecins, des pharmaciens, des dentistes, des finissants de la faculté de médecine de l'université du Québec à Trois-Rivières.

2. Les premières approches

Le directeur de la Caisse populaire du village qui étudiait alors en gestion de projet, a reçu l'aval de son directeur de maîtrise pour réaliser les plans nécessaires au démarrage d'un projet de santé à St-Étienne-des-Grès. C'est ainsi que le directeur de la Caisse, le maire et la conseillère municipale décidèrent d'animer une première rencontre où étaient présents les professionnels de la santé qui avaient répondu aux sollicitations de la mairie. La rencontre à laquelle s'étaient présentés deux médecins, un dentiste et une personne représentant une bannière pharmaceutique, n'a malheureusement pas porté fruit, puisque la municipalité n'avait rien à offrir aux invités. Elle ne répondait donc pas aux intérêts des professionnels de la santé qui étaient à la recherche d'un endroit où ils pouvaient pratiquer adéquatement et sans trop de tracas administratifs leur discipline respective.

2.1 La Caisse populaire de St-Étienne-des-Grès

Le directeur de la Caisse, persuadé qu'il était possible de trouver une solution aux problèmes soulevés par la population, tout en considérant les besoins des professionnels de la santé, a pris l'initiative de constituer un comité génératrice d'idées, composé essentiellement d'employés de la Caisse populaire du village. La création de ce comité a ainsi introduit la

Caisse populaire comme une seconde partie prenante au projet. Il ne s'agissait plus d'une simple implication du directeur de la Caisse, mais d'un ensemble de travailleurs de la Caisse qui mettront la main à la pâte tout au cours de l'évolution du projet. L'intérêt de ce comité de la Caisse était alors de proposer des solutions collectives au problème d'accès à des services et des soins de santé, de renforcer la crédibilité de l'institution financière auprès de ses membres et d'être éventuellement un des principaux bailleurs de fonds du projet. Comme de fait, la Caisse du village fournira 40 000\$ pour le démarrage de l'organisation et y consacrera plus de 2 600 heures de bénévolat.

Quelques semaines plus tard, au cours d'une rencontre du conseil d'administration de la Caisse populaire, le directeur de la Caisse fit le constat suivant : « *C'est la Semaine de la Coopération. (...) Si 1100 personnes ont signé une pétition, peut-être qu'elles sont prêtes à se mettre ensemble pour avoir une coopérative et faire en sorte que l'on puisse s'équiper nous-mêmes et ensuite inviter les professionnels à venir chez nous...* »⁷⁰ L'idée était prometteuse, mais parallèlement au démarrage d'une campagne de financement auprès de la population de St-Étienne-des-Grès, les promoteurs étaient d'avis qu'il fallait aller chercher des appuis auprès d'instances pouvant supporter un tel projet coopératif. Le directeur de la Caisse populaire du village entrepris donc des démarches, visant le financement et le démarrage d'une coopérative, auprès de la Fédération des Caisses Populaires et du Ministère de l'industrie, du Commerce, de la Science et de la Technologie (MICST)⁷¹

Les négociations auprès du MICST, contrairement à ce que pensait le directeur de la Caisse populaire, se sont avérées plus difficiles que prévu. Normalement le MICST, qui abrite la Direction des coopératives, dont le mandat est de favoriser l'émergence et la croissance des coopératives et des entreprises d'économie sociale, aurait dû manifester plus d'ouverture à l'égard des propositions soumises par le directeur de la Caisse de St-Étienne-des-Grès. En fait, on lui a plutôt répondu qu'aucun modèle de coopérative offrant des services et des soins de santé n'existe au Québec. Les agents du MICST ont même affirmé que M. Claude Béland, alors président du Mouvement Desjardins, avait déjà essayé de démarrer une coopérative de services de santé mais que le projet n'avait pas fonctionné. L'agent du MICST n'avait pas tort : « *selon le principe d'une coopérative, vous êtes copropriétaires et vous devez utiliser les services directement des gens, de votre coopérative, qui vous l'offrent. Dans le cas de la santé, les médecins ne seront pas engagés par votre coopérative car vous allez utiliser la carte santé.* »⁷² Cet argument était de poids dans le choix du type de service

⁷⁰ *Ibid.*, p. 63.

⁷¹ A l'époque le MICST possédait déjà la Direction des coopératives. Aujourd'hui le MICST est devenu le Ministère de l'Industrie et du Commerce (MIC).

⁷² *Ibid.*, p. 63.

de santé à mettre sur pied. Mais le directeur de la Caisse populaire, qualifié de visionnaire par son entourage, pris soin de retenir ces observations et continua de solliciter des appuis.

2.2 La Coopérative de développement régionale de Lanaudière et la Fédération des Caisses populaires Desjardins

Le directeur de la Caisse, déterminé à trouver une solution au problème d'accès à des services de santé, continue donc de consulter différentes instances. Il rencontra alors le directeur du développement coopératif du mouvement Desjardins qui lui manifesta son vif intérêt pour la formation d'une coopérative de santé. Non seulement l'idée allait prendre la forme d'une coopérative, mais elle allait se développer en milieu rural, secteur où le mouvement Desjardins est bien implanté. Il n'en fallait pas plus pour relancer les promoteurs. Ainsi, à la suite de cette rencontre, les promoteurs, c'est-à-dire le directeur de la Caisse de St-Étienne-des-Grès et le maire de la municipalité, décidèrent de convoquer le directeur du développement coopératif Desjardins et le directeur de la coopérative de développement régionale (CDR) de Lanaudière, alors responsable de la Mauricie, afin de discuter des tenants et des aboutissants d'un tel projet coopératif.

Cette rencontre a introduit de nouvelles parties prenantes dans le projet de la coopérative de services de santé de St-Étienne-des-Grès. La CDR, à titre d'organisme parapublique, responsable du développement des coopératives en région, a manifesté son intérêt à supporter le démarrage de la coopérative en offrant des services et des conseils relatifs à la mise sur pied d'un plan d'affaire et à l'élaboration des règlements de régie interne. Ses interventions ponctuelles ont donc servi à valider différents éléments relatifs à la structure de la coopérative de services de santé.

D'autre part, la direction du développement coopératif Desjardins, autre partie prenante importante, se situait d'abord comme un organisme investisseur. Elle a, par le fait même, augmenté la visibilité et la crédibilité du projet. Cet appui sera particulièrement significatif lorsque des obstacles se présenteront dans le cadre de la mise sur pied et le développement de l'entreprise collective. Bien entendu, l'intérêt premier de la direction du développement coopératif était alors d'appuyer financièrement cette nouvelle initiative québécoise. Le risque en valait certainement la chandelle. Si le projet marchait, il devenait le premier du genre au Québec, ce qui offrait par le fait même une certaine visibilité au mouvement Desjardins. Les intérêts des deux parties étaient donc satisfaits. De l'avis de l'ex-maire (maire de St-Étienne-des-Grès durant la mise sur pied du projet), l'appui du mouvement Desjardins a été un « accélérant » dans le développement du projet.

2.3 Le conseil d'administration

Forts de cette rencontre, les promoteurs décident alors de former un conseil d'administration provisoire de la coopérative. La conseillère municipale, native de St-Étienne-des-Grès a joué un rôle important à cette étape puisqu'elle avait les meilleurs contacts auprès des différentes instances influentes du village. Ces relations permettront aux promoteurs de mettre sur pied un conseil d'administration représentatif de la population du village. Le conseil d'administration était composé d'une quinzaine d'acteurs du milieu qui étaient connus ce qui renforçait la crédibilité du projet. Les dirigeants étaient : la conseillère municipale, le maire, deux médecins présents lors de la première rencontre, le curé, un notaire, le directeur d'école, l'ancien directeur de la commission scolaire, les présidents de l'Âge d'Or et de l'Association féminine d'éducation et d'action sociale (AFÉAS) ainsi que la citoyenne qui était responsable de la pétition soumise à la municipalité. La constitution de ce conseil d'administration est certainement une des pierres angulaires du projet puisqu'elle représentait un effort collectif important et nécessaire pour le démarrage de la coopérative. Aux yeux des citoyens de St-Étienne-des-Grès, cet engagement soulignait le sérieux des promoteurs et leur détermination à mettre sur pied cette coopérative de services de santé. Le conseil d'administration de la coopérative et ses promoteurs devenaient ainsi une nouvelle partie prenante dans le développement du projet. Bien que les motivations et les intérêts pouvaient varier sensiblement d'un dirigeant à l'autre, l'intérêt principal de ce groupe était de mettre tout en œuvre pour que les besoins des citoyens de la municipalité soient satisfaits à court, moyen et long terme.

2.4 Le Ministère de l'industrie, du commerce, des sciences et des technologies

Une fois constitué, le conseil d'administration a adressé une demande de statuts au MICST. Un problème se posait d'entrée de jeu. Le modèle de coopérative proposé par le groupe de St-Étienne-des-Grès ne présentait aucun lien d'usage entre l'organisation et ses membres. En fait, le modèle de coopérative proposé ne rendait pas directement de services à ses membres, mais offrait plutôt des espaces pour que des professionnels de la santé, employés par l'État, dispensent ces services de santé à la population. Les dirigeants du projet se retrouvaient à nouveau face à un ministère peu coopératif et peu ouvert à l'innovation. Boivin et Filion (2001) rapportent d'ailleurs que l'agent du MICST aurait répondu : « *Non, ce n'est pas écrit dans la réglementation, ça ne s'est jamais vu, ça ne peut donc pas se faire. C'est impossible. [...] Vous n'y comprenez rien. Si vous voulez une interprétation plus large de la loi, il vous faudra aller voir nos patrons.* »⁷³ Tout en reconnaissant que ce modèle comportait

⁷³ *Ibid.*, p. 64.

d'importantes lacunes qu'il fallait éventuellement corriger, le MICST, au terme de longues tractations, décida enfin de reconnaître le projet de St-Étienne-des-Grès comme un « projet pilote ». Le rôle politique du maire de la municipalité et des alliances créées avec certains députés et ministres furent déterminant dans les négociations avec les fonctionnaires du MICST. Finalement, en février 1995, le CA de la coopérative de services de santé recevait sa charte provisoire.

En acceptant de travailler avec les promoteurs de la coopérative et ce, malgré les réticences exprimées au ministère, le MICST devenait à son tour une partie prenante dans le projet. Officiellement, son intérêt était de favoriser l'émergence et la croissance des coopératives qui s'inscrivent dans l'esprit de la Loi sur les coopératives, ce qui n'était pas le cas de la coopérative de services de santé. Ainsi, au lieu d'être un service facilitant l'émergence de la coopérative, le MICST s'est avéré être, dans les faits, un frein au développement de la coopérative de services de santé. Alors que les fonctionnaires se devaient de faire respecter la loi et les règlements relatifs aux organisations coopératives, les promoteurs et les dirigeants de l'organisation demandaient que l'on reconnaisse leur modèle innovateur.

3. Le démarrage de la Coop-Santé Les Grès

Outre ces quelques irritants, le CA de la coopérative de services de santé décida de lancer une véritable campagne de promotion du projet. Le directeur de la caisse, principal promoteur du projet a réalisé plusieurs rencontres d'information auprès des organismes de la région et de la population de St-Étienne-des-Grès, dans le but de mobiliser les citoyens et de les inviter à devenir membre de la coopérative. Pour démarrer le projet, l'organisation avait besoin de capitaliser et l'implication des citoyens était importante en ce sens. Lors de ces séances d'information, le directeur de la Caisse expliquait le fonctionnement de la coopérative, les avantages reliés au fait d'être membre et soulignait que la mairie et la Caisse du village travaillaient en partenariat avec plusieurs acteurs locaux influents. Le directeur soulignait aussi que la mairie s'était engagée à fournir un terrain de la municipalité d'une valeur de 50 000 \$ et qu'un bail emphytéotique d'une durée de quatre-vingts ans avait été signé.

La rencontre avec l'ex-maire de St-Étienne-des-Grès a permis de révéler que ce bail emphytéotique avait une valeur toute particulière pour la municipalité. En fait, il s'agissait d'une condition *sine qua non* sans laquelle le bail n'aurait pu être signé. Le maire tenait à ce que la coopérative reste une propriété collective, puisque le projet est issu d'une initiative des citoyens de St-Étienne-des-Grès, et qu'aucune privatisation de l'établissement n'était

possible. Non seulement la mairie s'est-elle garantie des entrées de taxes foncières pour plusieurs années, mais elle a assuré un développement collectif et durable des services de santé pour la municipalité. Cet arrangement démontre bien comment il a été possible de satisfaire les intérêts de plusieurs parties à la fois, sans compromettre la mise sur pied du projet. Les promoteurs ont certainement fait un bon choix puisque la mairie, la Caisse populaire, la communauté et les professionnels de la santé y trouvaient leur compte.

3.1 Les clients de la Coop-Santé Les Grès

Les premières rencontres d'information ont à ce point porté fruit, qu'à l'assemblée de fondation de la coopérative de services de santé, plus d'une centaine de citoyens de St-Étienne-des-Grès et de St-Élie-de-Caxton ont payé leur part de qualification de 50 \$. Les besoins de la coopérative étaient évidemment beaucoup plus importants et c'est pour cette raison qu'une stratégie de vente fut mise sur pied. Les membres du comité générateur d'idées de la Caisse du village décidèrent, sur une base bénévole, de vendre des cartes de membre dans un kiosque installé à la Caisse populaire. Les promoteurs entreprirent simultanément un important battage médiatique et un marathon de vente de cartes fut organisée. Au début avril 1995, les dirigeants de la coopérative avaient atteint leur objectif de 1000 membres. Parallèlement à la vente de cartes de membre, des parts privilégiées de 250\$ furent émises. Au mois de mai de la même année, la coopérative avait déjà capitalisé plus de 120 000\$.

Tous ces membres, issus de la communauté, sont devenus à leur tour des parties prenantes importantes dans le projet. En effet, ils étaient les premiers investisseurs et devenaient, par le fait même, des propriétaires-usagers de la coopérative de services de santé. Puisque les services médicaux doivent respecter les principes d'accessibilité, d'universalité et de gratuité, il s'avère dans les faits que les non-membres qui utiliseraient ces services deviendraient, eux aussi, des clients de la coopérative. Or, dans les deux cas, nous pouvons affirmer que l'intérêt de ces parties prenantes était d'avoir accès à des services et des soins de santé de qualité dans leur municipalité. Il importe cependant de mentionner qu'une étude réalisée par l'IRÉCUS en 1996 souligne que : « *les gens utilisent les services de la coopérative parce qu'ils sont dispensés à proximité de leur domicile et parce qu'ils sont de qualité, et non pas pour les avantages qui sont reliés au fait d'être membre.* »⁷⁴ Cette étude ne mentionne pas, que c'est tout de même à travers l'assemblée générale, que les membres peuvent s'assurer du respect de leurs intérêts et d'un certain contrôle des ressources médicales. Soulignons

⁷⁴ *Ibid.*, p. 69..

simplement que les heures d'ouverture ont été négociées par contrat et que la coopérative peut décider directement de l'embauche du personnel et du choix de services à dispenser.

La population était donc mobilisée et la coopérative possédait suffisamment d'argent pour démarrer le projet. Le moment était maintenant venu de négocier avec les professionnels de la santé. Les promoteurs devaient cependant garder en tête les remarques du MICST à l'effet que l'organisation devait développer un lien d'usage entre les membres et la coopérative. Les dirigeants du CA, avec l'aide du directeur de la CDR de Lanaudière, ont entrepris de remédier à la situation, en décidant d'utiliser 25 % de la superficie de la coopérative pour des services offerts par des professionnels de la santé que la coopérative serait en mesure de rémunérer. Ainsi, en plus de rendre accessible à la population une série de services de santé, la coopérative se définissait un service qui lui était propre. Encore une fois, cette décision a permis de concilier plusieurs besoins et intérêts. En effet, les dirigeants du conseil d'administration ont réussi à se conformer aux normes et règlements imposés par le MICST tout en respectant les objectifs et la mission qu'ils s'étaient engagés à honorer pour le bien des membres de la coopérative de santé.

Évidemment, cette décision avait aussi une incidence sur les professionnels à contacter et sur les arguments à leur présenter afin qu'ils décident de travailler à St-Étienne-des-Grès. Les promoteurs devaient solliciter à la fois des professionnels rémunérés par le RAMQ et des professionnels que la coopérative pourrait rémunérer. Selon l'étude de faisabilité réalisée par le directeur de la Caisse du village, la Coop-Santé Les Grès était en mesure d'offrir et de rendre accessibles les services de trois médecins, d'un pharmacien, d'un dentiste et d'une physiothérapeute. Plus tard, se rajoutèrent un optométriste et un psychologue. La physiothérapie allait donc devenir le service offert directement par la coopérative puisque les physiothérapeutes ne sont pas rémunérés par le régime d'assurance maladie du Québec. De plus, le service de physiothérapie présentait l'avantage d'être une exclusivité régionale.

3.2 Les professionnels de la santé et les employés

La période de recrutement s'est plutôt bien déroulée puisque dans les faits, le projet de la coopérative connaissait déjà un certain engouement, ce qui a poussé plusieurs professionnels à approcher eux-mêmes les responsables du projet. Les professionnels qui ont signé des ententes de services avec la coopérative devenaient à leur tour des parties prenantes du projet. Leur intérêt, selon les parties rencontrées lors des entrevues, était principalement d'exercer leur discipline dans un environnement de qualité où il devenait possible de développer une approche santé auprès de la population. Selon les propos recueillis lors des entrevues, ce sont les intérêts qualitatifs qui ont incité les professionnels à

se joindre à l'équipe de St-Étienne-des-Grès et ce, qu'ils soient rémunérés par l'État ou par la coopérative. En effet, cette vision préventive et curative, fait partie de la mission et des objectifs que les dirigeants de la coopérative s'étaient fixés lors de la planification du projet.

Les promoteurs ont toutefois proposé certains avantages supplémentaires répondant aux intérêts des professionnels de santé rémunérés par le RAMQ, sans affecter l'allégeance de la plupart des autres parties prenantes du projet. Parmi ceux-ci, il y avait l'accès à une clientèle captive et l'offre d'espaces de travail à des prix avantageux. Ajoutons qu'à titre de locataire de la coopérative, les professionnels de la santé, garantissant d'importantes rentrées d'argent nécessaires aux paiements de l'hypothèque, des taxes foncières et de l'entretien de l'édifice, se sont vus assigner des postes de dirigeant au conseil d'administration de la coopérative. Leur implication dans les décisions et les orientations de la coopérative de services de santé est plus qu'importante, surtout en matière de développement des services de santé. L'engagement des professionnels de la santé rémunérés par l'État nous révèle comment chaque partie prenante trouve son compte dans l'organisation. Les professionnels sont des parties prenantes qui investissent financièrement dans le projet coopératif et qui répondent aux besoins de la population comme aux orientations du conseil d'administration. En retour, les dirigeants leur offrent la possibilité de travailler avec une clientèle stable, d'utiliser des locaux à moindres coûts et de mettre en application une véritable approche globale de la santé sur le territoire.

Comme nous le mentionnons plus haut, l'équipe de professionnels de la santé est aussi composée d'employés salariés par la coopérative. Au démarrage, l'organisation employait une physiothérapeute et une secrétaire à temps partiel puis s'est rajoutée une infirmière. Ces employées sont évidemment des parties prenantes du projet de la coopérative. Contrairement aux professionnels rémunérés à l'acte par l'État, les employés sont intéressés à recevoir un salaire adéquat pour le travail qu'ils ont à réaliser. Bien entendu, ces personnes se sont impliquées dans le projet coopératif parce que cela leur permettait de développer une approche plus personnalisée avec les clients de la coopérative et leur offrait l'avantage de travailler dans un cadre favorisant une approche santé auprès de la population de la région.

3.3 Les fournisseurs

Lorsque les contrats furent signés avec tous les professionnels de la santé et les employés, le conseil d'administration entama les démarches de construction de la coopérative. Les architectes, contracteurs, électriciens et autres fournisseurs de services se sont rapidement mobilisés pour mettre le chantier en œuvre. Bien que peu influents dans le démarrage et le développement du projet de la coopérative de services de santé, ces fournisseurs de

services se positionnaient tout de même comme des parties prenantes, leur intérêt étant d'être payé, à juste prix, pour le travail et les services rendus. Finalement, le 3 décembre 1995, la Coop-Santé Les Grès ouvrit ses portes. Les médecins et le pharmacien démarrèrent sur-le-champ leurs activités alors que le dentiste et la physiothérapeute ne commenceront à pratiquer qu'en janvier de l'année suivante.

La construction de l'édifice a coûté environ de 700 000 \$. Pour réussir à payer le bâtiment, les dirigeants de la coopérative ont contracté une hypothèque à la fédération des Caisses populaires, en plus des parts de qualification et des parts privilégiées déjà achetées par les membres. La Caisse du village, quant à elle, a injecté plus de 40 000 \$ et fourni quelques 2600 heures de bénévolat nécessaires au démarrage de l'entreprise.⁷⁵ La municipalité, pour sa part, a reporté plusieurs paiements de taxes allégeant le fardeau de remboursement pour les premières années.

3.4 Le Ministère de la santé et des services sociaux

Il est important de mentionner ici que les promoteurs et les dirigeants de la coopérative ont tout tenté pour obtenir un appui financier du MICST et du MSSS dès les premières démarches de démarrage de l'organisation. Comme le MICST, le MSSS s'est malheureusement avéré être un frein au développement de la coopérative de services de santé. Comme le mentionne Isabelle Garon dans son essai (1997) : «*les normes gouvernementales sont très bureaucratiques et fastidieuses et alourdissent la tâche administrative des coopératives.*»⁷⁶ A titre de partie prenante représentant le gouvernement, le ministère de la santé et des services sociaux ne pouvait ni encourager ni décourager le développement de la coopérative de services de santé. Son intérêt est plutôt de veiller à ce que les services de santé soient de qualité, accessibles, universels et gratuits pour l'ensemble de la population. Plusieurs arguments supportaient ce positionnement neutre du MSSS. Selon les propos recueillis lors des entrevues semi-dirigées, le MSSS n'est autorisé à financer que les infrastructures du réseau public, ce qui exclu les polycliniques privées et les autres organisations communautaires comme celle de St-Étienne-des-Grès. Il faut par contre mentionner qu'environ 30% du salaire des médecins sert à payer les frais de soutien, comme ceux d'un loyer par exemple. D'entrée de jeu, la Régie régionale posait la question du double emploi des deniers publics. Alors que les membres payent, en tant que contribuables, les salaires des médecins et les infrastructures publiques, ils supportent en plus la capitalisation et le fonctionnement de la coopérative.

⁷⁵ GARON, I. « Le développement des coopératives de services de santé au Québec : les conditions de création et d'émergence », Mémoire, IRECUS, (Université de Sherbrooke), 1997, p.76.

⁷⁶ *Ibid.*, p. 80.

D'autre part, le ministère et la Régie régionale de la Mauricie et du Centre-du-Québec ont exprimé leur inquiétude face à deux éléments. Le premier réfère principalement à la répartition adéquate des effectifs médicaux sur l'ensemble du territoire couvert par la Régie régionale. La Mauricie est le territoire qui compte le moins de médecin par habitant. Alors que la Direction de la planification se soucie d'offrir un meilleur accès à des services et des soins de santé publique sur le territoire, la mise sur pied de la coopérative venait contrer ses orientations. En d'autres termes, le projet de St-Étienne-des-Grès visait le recrutement et la rétention de professionnels de la santé, ce qui est contraire aux objectifs de la Régie régionale. Bien sûr le projet accorde les besoins des citoyens de St-Étienne-des-Grès, mais il ne correspond pas à une solution durable et équitable pour l'ensemble de la population de la Mauricie. Alors qu'à travers la province, il existe en moyenne un médecin pour 1500 personnes, l'implantation de cette coopérative faisait passer ce ratio à un pour 600 personnes dans le village de St-Étienne-des-Grès.

La seconde inquiétude manifestée par le MSSS était relative aux rapports que développerait la coopérative de services de santé vis-à-vis les deux CLSC de la région, plus particulièrement le CLSC des Forges de Trois-Rivières. Le phénomène de rétention des professionnels de la santé, tel que déploré par la Régie régionale, est un des éléments qui menaçait la relation entre les deux institutions. Alors que la coopérative de services de santé de St-Étienne-des-Grès avait réussi à inviter des médecins à travailler à proximité des citoyens du village, le CLSC des Forges, institution publique, restait toujours dans l'incapacité d'en faire autant. Bien entendu, le mode de rémunération des médecins y est pour quelque chose. Alors que les médecins travaillant en CLSC reçoivent un salaire annuel fixe, ceux qui pratiquent dans les cliniques, les cabinets privés et les coopératives reçoivent plutôt une rémunération à l'acte. D'autre part, la coopérative a entrepris d'offrir des services d'aide à domicile. Normalement, ce service est offert par le CLSC, mais là encore, dû à un financement inadéquat et à une augmentation de la demande, les employés du service public n'arrivaient plus à répondre aux besoins de la population. De l'avis de plusieurs fonctionnaires, la coopérative n'évoluait pas dans une perspective de complémentarité mais bien de concurrence. Les dirigeants de la coopérative de services de santé, n'ont eu d'autre choix que de continuer d'offrir des services à la population, mais ils ont toujours manifesté l'intérêt de régler les différents existants avec le CLSC des Forges.

3.5 Les syndicats

Entrent éventuellement en jeu les organisations syndicales qui ont comme mandat de représenter les travailleurs dans le secteur de la santé publique. Face à cet état de concurrence, tel que l'évaluent certains fonctionnaires du MSSS, beaucoup se seraient attendus à ce que les emplois des travailleurs soient protégés férolement par différentes

instances syndicales. Or, personne n'a pu faire la démonstration de pertes ou de substitutions d'emplois depuis l'ouverture de la coopérative de St-Étienne-des-Grès. Comme nous venons de le voir, les dirigeants ont plutôt démontré une certaine volonté à travailler en complémentarité avec les équipes de professionnels des CLSC. La coopérative, selon les personnes rencontrées, n'a pour mandat que de subvenir aux besoins des citoyens à l'égard des services qui sont peu ou pas disponibles dans le réseau public de la santé.

De façon plus globale, les organisations syndicales, à titre de parties prenantes, dont les promoteurs de la coopérative ont eu à tenir compte dans la mise sur pied de leur projet, défendent les intérêts des travailleurs syndiqués et opposent une résistance importante à la privatisation d'un des pans importants du bien commun au Québec. De l'avis de bien des dirigeants syndicaux et de ce qui ressort de leurs mémoires présentés aux dernières commissions gouvernementales portant sur les soins et les services de santé, tous semblent s'entendre sur le fait qu'il est de la responsabilité de l'État de continuer de supporter et d'améliorer le réseau public de la santé au Québec. La coopérative de services de santé se présente comme une initiative collective, privée et à but non-lucratif. Pour les organisations syndicales, cette initiative démontre que le gouvernement se déresponsabilise et laisse passivement les organisations privées et d'économie sociale envahir le secteur de la santé. Lors du sommet sur l'économie et l'emploi, le projet de St-Étienne-des-Grès a été présenté au Chantier de l'économie sociale et la FTQ a vertement critiqué l'initiative. Plusieurs projets d'économie sociale relatifs au domaine sociosanitaire ont été soumis au Chantier de l'économie sociale. Les participants ont cru bon ne retenir que les initiatives relatives au service d'aide à domicile, laissant à elles-mêmes les autres initiatives telles que celle de la Coop-Santé Les Grès. Selon les propos recueillis lors des entrevues, les représentants de la fédération des travailleuses et travailleurs du Québec ont souligné que la santé relève du secteur public et que seul le gouvernement doit s'en occuper. Seul l'État est en mesure de garantir une qualité, une universalité, une accessibilité et une gratuité des soins et des services de santé à la population. Il semble néanmoins que ces critiques ne se soient pas avérées suffisantes pour ralentir le développement de la coopérative de services de santé.

4. L'évolution de la coopérative

Depuis l'ouverture de la Coop-Santé Les Grès, les dirigeants, les employés et les membres ont été appelés à relever de nouveaux défis. Victime de son succès, la coopérative compte aujourd'hui plus de 12 000 dossiers, soit plus de trois fois la population de St-Étienne-des-Grès. « *De plus en plus de non-membres vont à la coopérative, ralentissant pour les*

membres l'accès aux services auxquels ils ont droit. »⁷⁷ Les dirigeants ont donc eu à développer de nouvelles solutions, question de continuer de répondre aux besoins des membres de la coopérative, parties prenantes importantes de la coopérative. Une des solutions proposées fut d'ouvrir des points de services en périphérie de St-Étienne-des-Grès, afin que les médecins de la coopérative puissent offrir des services et des soins aux patients qui se présentent sur rendez-vous.

Pour se faire, selon les propos recueillis auprès des personnes rencontrées lors des entrevues, la coopérative a tenté, tant bien que mal, de remédier aux problèmes de relation avec les CLSC et les fonctionnaires de la régie régionale. Outre les négociations d'usage, les dirigeants de la coopérative ont entrepris de faire siéger deux des leurs au CA de la Régie régionale de la Mauricie et du Centre-du-Québec et au CA du CLSC de Shawinigan. Leur rôle était principalement de rétablir les faits en ce qui concerne la perception et l'analyse du développement de la Coop-Santé Les Grès. Bien que certains reconnaissent là une manœuvre stratégique importante, les retombées de telles implications sont restées relativement modestes. Seul le développement d'un partenariat avec le CLSC de Shawinigan a porté fruit. En effet, les dirigeants de la coopérative et les professionnels du CLSC se sont entendus pour dispenser conjointement des services et des soins de santé aux points de service de la coopérative. Cet accord est une autre manifestation de la bonne gestion des parties prenantes par les dirigeants de la coopérative de St-Étienne-des-Grès.

Puisque les dirigeants ne sont pas parvenus à soutirer un quelconque financement des différents ministères provinciaux, il a aussi été décidé de mettre sur pied une fondation. Selon Boivin et Filion (2001) : « *La Coop-santé Les Grès a mis en place une fondation qui comprend sept personnes du conseil d'administration. Elle a pour mandat de ramasser des fonds qui serviront à l'achat d'équipement spécialisé pour faciliter la pratique de la médecine.* »⁷⁸

Plus tard, la coopérative a pris en main la gestion de la résidence pour personnes âgées de St-Étienne-des-Grès. Dans un souci de dispenser des soins de qualité et de respecter la mission de la coopérative de services de santé, les médecins ont ajouté à leurs services de santé à domicile, des visites régulières à la résidence de personnes âgées.

D'après les propos recueillis au cours des entrevues semi-dirigées, les dirigeants de la coopérative ont entrepris des démarches d'agrandissement de la coopérative. Le nombre

⁷⁷ BOIVIN, I. FILION, J., *La Coop-santé Les Grès*, École des HEC, dans *Organisation et territoires*, Chicoutimi, vol 10, numéro 3, automne 2001, p. 71.

⁷⁸ *Ibid.*, p. 68.

croissant de clients impose à l'organisation de développer plus d'espaces de travail pouvant accueillir de nouveaux médecins et autres professionnels de la santé. Pour se faire, les dirigeants pourront compter sur le support de la Caisse populaire, une partie des fonds accumulés de la fondation et quelques subventions gouvernementales. Les dirigeants ont en effet trouvé deux moyens de supporter cette nouvelle construction. La première est de construire une bibliothèque municipale à même la nouvelle partie de l'édifice. La municipalité pourrait aller chercher quelques subventions relatives aux infrastructures culturelles et municipales tout en permettant aux dirigeants de la coopérative d'économiser certaines sommes vue la présence d'espaces communs (toits, escaliers, salles de bains, etc.).

La seconde stratégie de financement sera probablement de constituer un groupe de médecine familiale. D'après plusieurs intervenants rencontrés, dont les fonctionnaires de la Régie régionale, la coopérative, lors de sa création, avait déjà dix ans d'avance sur les institutions publiques de santé. Ainsi, lorsque la commission Clair fut déposée à la fin de l'année 2000, les employés et les professionnels de la santé de la coopérative étaient déjà en bonne position pour mettre rapidement sur pied un groupe de médecine familiale. Ces nouvelles orientations gouvernementales s'accompagneront probablement de financement de matériel et d'infrastructures, allégeant encore la charge financière de l'agrandissement de la coopérative. Ici encore, on peut constater que les dirigeants se sont souciés de répondre aux intérêts et orientations de plusieurs des parties prenantes de la coopérative.

Le démarrage et le développement de la Coop-Santé Les Grès, bien que reconnu comme un franc succès au Québec, ne s'est tout de même pas effectué sans quelques obstacles que les promoteurs et dirigeants ont du surmonter. Pour se faire, l'apport de certaines parties prenantes s'est avéré précieux et a parfois permis de concilier plusieurs intérêts sans pour autant compromettre la nature première de la coopérative. Il est intéressant de souligner que la nature coopérative de l'organisation semble favoriser une meilleure synergie entre les différentes parties prenantes. Comme nous venons de le voir, l'évolution de l'organisation appellera les dirigeants à relever de nouveaux défis et à proposer, lorsque cela sera possible, des solutions accommodantes pour l'ensemble des parties prenantes.

ANALYSE COMPARATIVE

L'analyse descriptive de l'implication des acteurs influents dans la coopérative de services de santé de St-Étienne-des-Grès offre un premier niveau de compréhension du rôle de la gestion des parties prenantes dans la mise sur pied d'un tel projet. Comme nous avons pu le constater, chaque acteur s'est impliqué dans le projet de la coopérative de services de santé parce qu'il avait des intérêts à satisfaire ou à défendre et qu'il pouvait retirer des bénéfices de son investissement. Les promoteurs, pour leur part, ont eu l'importante responsabilité de voir à combler, au meilleur de leurs capacités, les intérêts des différentes parties prenantes. Ce premier niveau d'analyse nous a donc permis de cerner la synergie des parties prenantes et leur implication dans le projet.

Il convient maintenant de passer à un second niveau d'analyse. Nous avons détaillé, au chapitre 3, le positionnement officiel de chaque partie prenante face au développement des coopératives de services de santé au Québec. Désormais, il s'avère intéressant d'effectuer une analyse comparative du discours officiel des parties prenantes avec l'implication réelle des acteurs dans la mise sur pied de la coopérative de St-Étienne-des-Grès. L'objectif de cette analyse est de souligner les différences qui existent entre le discours officiel et la pratique. Nous tenterons par la même occasion de comprendre ce qui explique ces différences et de faire un parallèle avec les compétences des promoteurs à gérer les intérêts des parties prenantes.

1. L'analyse comparative de l'implication des parties prenantes

1.1 Les investisseurs

Comme nous le mentionnions au chapitre 3 et comme nous avons pu le voir dans le cas de la coopérative de services de santé de St-Étienne-des-Grès, il existe plusieurs types d'investisseurs impliqués dans le développement de projets coopératifs au Québec.

1.1.1 Les membres

Dans un projet de type coopératif, les membres sont des investisseurs à part entière. Leur investissement se fait sous forme de part de qualification et dans le cas de la Coop-Santé Les Grès, la part coûte 50\$ par personne. D'autres ont aussi acquis des parts privilégiées. S'il est vrai que les membres sont des investisseurs importants dans un projet collectif

comme celui de St-Étienne-des-Grès, il est tout de même intéressant de noter que sur les 12000 dossiers ouverts à la coopérative, seulement 1800 d'entre eux sont ceux des membres de la coopérative. En d'autres termes, seulement 1800 personnes parmi l'ensemble des clients ont contribué à la capitalisation de la coopérative de services de santé. Comment se fait-il que si peu de clients de la clinique soient des membres ? Pourquoi ne pas être allé chercher plus d'implication financière chez les clients ? Plusieurs éléments expliquent cet état de fait.

D'abord, il faut se rappeler que la Loi canadienne sur la santé stipule que les services de santé doivent être gratuits et accessibles à tous. Exiger des clients qu'ils achètent une part sociale avant de pouvoir bénéficier des services et des soins de santé serait ainsi illégal. Il n'y a donc aucun moyen de limiter le nombre de clients qui viennent chercher des soins ou des services de santé à la coopérative de St-Étienne-des-Grès, si ce n'est que par le nombre maximum de clients qu'un médecin peut recevoir (*case load*).

D'autre part, les dirigeants de l'organisation ont clairement statué dans leurs règlements internes que seuls les citoyens de Saint-Étienne-des-Grès et de Saint-Thomas de Caxton peuvent devenir membre à part entière de la coopérative. Les clients des villages voisins pourront acquérir le statut de membre auxiliaire mais n'ont pas le droit, selon la loi sur les Coopératives, de voter ni de siéger sur le conseil d'administration⁷⁹. Cette décision est clairement stratégique. Les dirigeants et les membres fondateurs ont mis ce projet de coopérative sur pied pour satisfaire les besoins de services de santé des citoyens de St-Étienne-des-Grès. C'est donc à eux que doit revenir le pouvoir de prendre des décisions concernant les nouveaux services et les orientations que la coopérative doit prendre.

Les membres ne sont pas de gros investisseurs dans le projet de la coopérative de service de santé, mais comme nous le précisons au chapitre 3, ils jouent tout de même un rôle clef en tant que citoyens qui décident de prendre un risque et qui s'engagent à veiller sur le bon fonctionnement de leurs services communs de proximité. La principale différence entre le positionnement officiel des membres-utilisateurs de services de santé offerts par une coopérative du Québec et les membres de la coopérative de St-Étienne-des-Grès, se situe au niveau du type d'investissement qu'ils font pour la coopérative de services de santé. En d'autres termes, nous pouvons affirmer que les membres de la Coop-Santé Les Grès, véritables parties prenantes au projet, sont des investisseurs « qualitatifs » puisqu'ils ont contribué financièrement au démarrage de la clinique, mais surtout parce qu'ils ont manifesté

⁷⁹ ASSEMBLÉE NATIONALE, *Loi sur les coopératives*, L.R.Q., chapitre C-67.2, Éditeur officiel du Québec, 1999, art. 52, p.14.

l'intérêt de voir à la gestion et au bon développement de la coopérative. Cette implication est non seulement significative pour le démarrage de la coopérative mais elle exprime aussi l'impact positif que cela a eu sur la gestion des parties prenantes. Les promoteurs du projet se devaient de voir à la pleine satisfaction de la demande des citoyens de St-Étienne-des-Grès et ceux-ci n'ont pu que se réjouir de sentir que leurs voix allaient être écoutées.

1.1.2 *Les professionnels de la santé*

Lors des entrevues, nous avons confirmé que les professionnels sont d'importants investisseurs dans le projet de St-Étienne-des-Grès. Comme nous le savons maintenant, une part de leur salaire contribue au paiement du loyer dont ils ont besoin pour pratiquer leur discipline. Contrairement aux polycliniques privées, les professionnels n'ont pas à consacrer beaucoup de temps à la gestion financière de l'organisation. Il s'agit d'ailleurs d'un avantage comparatif intéressant puisqu'il permet aux professionnels de réserver plus de temps à la prévention et au développement de nouveaux projets. Le choix, pour plusieurs professionnels de la santé, d'investir dans un projet coopératif est parfois fait en fonction de la rémunération qu'ils reçoivent en exerçant dans ce cadre de travail. Alors que les CLSC offrent un salaire annuel, le travail en coopérative permet de conserver l'avantage d'être rémunéré à l'acte, ce qui peut représenter des économies supplémentaires pour les professionnels.

Malgré cet apport financier vital pour le bon fonctionnement de la coopérative, les professionnels de la santé ne sont pas que de simples investisseurs financiers. Les entrevues ont permis de révéler que ces professionnels ont fait un choix éclairé en décident de se joindre à l'équipe de la coopérative. Ils ont investi temps et argent dans ce projet collectif parce qu'il correspondait à une vision plus stable et intégrée de la pratique médicale. Cette approche « santé » qui comprend des interventions préventives et curatives prend forme à travers les visites à domicile, le développement de points de services en partenariat avec le CLSC de Shawinigan ou encore le développement de la seconde phase de la coopérative.

Nous soulignons donc, encore une fois, une différence importante entre ce que révèle le chapitre 3 sur le positionnement officiel des professionnels de la santé en tant qu'investisseurs et le chapitre 4 traitant des professionnels de la santé qui travaillent à St-Étienne-des-Grès. Cette différence est fondamentalement qualitative. Les professionnels qui pratiquent à la coopérative ne cherchent pas tant à faire du profit (bien que le type de rémunération qui leur est versée leur soit favorable) qu'à exercer dans un cadre mieux aligné sur leurs valeurs et conceptions de la pratique médicale. A cet effet, les entrevues ont permis

de constater que les promoteurs ont pris en compte ces éléments lors de leur campagne de sollicitation des professionnels de la santé. Ainsi, la comparaison entre le positionnement officiel des professionnels de la santé à l'égard de projets coopératifs dans le domaine sociosanitaire versus la pratique des professionnels à la Coop-Santé Les Grès révèle une différence qualitative du point de vue de l'investissement. Au lieu de contribuer exclusivement de façon financière à une organisation telle que celle de St-Étienne-des-Grès, les professionnels investissent aussi beaucoup de temps et d'énergie à développer une approche santé bénéfique pour l'ensemble de la population. Notons que ce type d'investissement de la part des professionnels de la santé contribue au rayonnement de la coopérative dans la région et justifie en partie les éventuels travaux d'agrandissement.

1.1.3 Le Mouvement des Caisses populaires Desjardins

Bien entendu, le principal investisseur de la coopérative de services de santé de St-Étienne-des-Grès est la Caisse Desjardins. Seule institution financière présente sur le territoire de la municipalité de St-Étienne-des-Grès, la Caisse populaire ne pouvait faire autrement que de s'impliquer dans un projet collectif de la sorte. N'avait-elle pas entrepris le même type de démarche dans le cadre du projet du Centre de la petite enfance l'année précédente? Et puis, il est dans l'intérêt de la Caisse populaire de supporter ce genre de projet porté par la collectivité. La majorité de ses membres, sont aussi des citoyens qui se sont mobilisés autour de la mise sur pied d'un nouveau service de proximité. Ainsi, à première vue, il n'y a pas de différence majeure entre, ce que nous avons relevé dans le positionnement officiel d'une institution financière comme les Caisses Desjardins et son implication réelle, que nous avons décrit dans le cas de la coopérative de St-Étienne-des-Grès.

Pourtant, il semblerait que la Caisse populaire ait fait beaucoup plus que supporter financièrement le démarrage et le développement de la coopérative de services de santé. Les entrevues nous ont permis de relever que le directeur est devenu le principal promoteur du projet et que des employés de la Caisse se sont regroupés sous forme de comité générateur d'idées pour stimuler la recherche de solutions créatives dans le cadre de la levée de fond et de la sollicitation des citoyens. C'est aussi grâce à la Caisse populaire de St-Étienne-des-Grès que M. Claude Béland, alors président du Mouvement Desjardins, est venu donner son appui concret à ce projet. Comme nous le savons, il avait lui-même tenté de démarrer une coopérative de services de santé quelques années plus tôt. La présence de M. Béland a été plus que favorable pour l'ensemble des dirigeants et promoteurs de la coopérative puisque cela a contribué à la médiatisation du projet dans la région. L'analyse comparative nous permet donc de conclure que même le plus traditionnel des investisseurs ne s'est pas simplement contenté d'injecter des capitaux dans le projet de la coopérative,

mais a aussi investi du temps et de l'énergie dans un projet porté par l'ensemble de la collectivité. Par cet apport supplémentaire, la Caisse populaire, certains employés et son directeur se sont avérés être une partie prenante « leader » dans le développement de la coopérative de services de santé.

A la lumière de ces premiers éléments d'analyse, il importe de souligner que les différences entre le discours et la pratique sont d'ordre qualitatif. Un support de cette nature ne peut que contribuer à l'émergence d'un projet comme celui de la coopérative de services de santé de St-Étienne-des-Grès.

1.2 Les employés

Comme nous le mentionnions plus tôt, l'intérêt des employés à l'égard de la coopérative est qu'ils bénéficient de conditions de travail avantageuses et qu'ils puissent exercer leur métier dans un environnement adéquat. Selon les propos recueillis au cours des entrevues, les professionnels de la santé rémunérés par la coopérative s'impliquent au même titre que les autres employés dans le développement d'une approche santé et dans la mise sur pied de l'éventuel groupe de médecine familiale. En fait, il n'y a aucune distinction entre cette catégorie de travailleurs et les autres professionnels de la santé si ce n'est leur mode de rémunération. A titre de partie prenante du projet collectif de St-Étienne-des-Grès, il ne fait aucun doute que les employés de la coopérative voient leurs intérêts satisfaits. La comparaison entre le positionnement officiel et la pratique de ces professionnels à la coopérative de St-Étienne-des-Grès ne soulève donc pas de différences majeures. Toutefois, nous reconnaissons que l'embauche d'une physiothérapeute a contribué à l'émergence de la coopérative puisque cela a permis de développer un service unique dans la région, ce qui a favorisé en quelque sorte, l'augmentation de l'affluence de la clientèle. Certes, il s'agit d'un choix stratégique important, mais cela ne distingue en rien la pratique de ces professionnels de la position générale de ce type de partie prenante dans un projet de coopérative de services de santé.

1.3 Les fournisseurs

Les fournisseurs, on le sait, sont des acteurs marginaux et définitivement moins influents dans l'émergence et le développement de la coopérative. Suite aux entrevues réalisées dans l'objectif de dresser un portrait de la coopérative de St-Étienne-des-Grès, nous pouvons affirmer que le positionnement des fournisseurs ne diffère pas vraiment de ce que nous avions annoncé au chapitre 3.

1.4 Les clients

Les clients, en tant que partie prenante du projet coopératif, manifestent un intérêt à recevoir des services et des soins de santé de qualité et à proximité de leur lieu de résidence. Qu'ils soient membres ou non-membres de la coopérative de St-Étienne-des-Grès, les clients bénéficient effectivement de ces services sans distinction aucune. Comme nous l'annoncions, les avantages alloués aux membres sont peu significatifs dans le cas d'une coopérative de services de santé, si ce n'est que ceux-ci ont le droit de voter et de siéger au conseil d'administration de l'organisation. Dans les faits, il s'agit pourtant d'un privilège important puisque les membres ont le droit et la responsabilité de voir au bon développement du service dont ils sont les propriétaires. Toutefois, les entrevues réalisées auprès de différentes parties prenantes nous ont plutôt permis de constater que pour certains membres, le fait de ne pas avoir le droit d'avoir accès plus rapidement aux services d'un professionnel de la santé a généré quelques frustrations. Cette réalité est d'ailleurs directement reliée au succès que connaît la coopérative de St-Étienne-des-Grès. L'augmentation de l'affluence a en effet un impact direct sur l'accès rapide aux services.

Néanmoins, force nous est de reconnaître qu'il n'existe aucune différence majeure entre le positionnement officiel des clients et la réalité que connaissent ceux qui bénéficient des soins et services de la coopérative de St-Étienne-des-Grès. Nous avions effectivement décrit l'intérêt général du client à l'égard d'une coopérative de services de santé et il s'avère que c'est le même qui est exprimé par les membres et les non-membres de la Coop-Santé Les Grès.

1.5 Le Gouvernement

Contrairement aux autres parties prenantes, le gouvernement est un des acteurs dont la position officielle diffère de façon significative par rapport à son implication dans le projet de St-Étienne-des-Grès. Pour bien saisir ces divergences de position nous diviserons cette section en deux afin de mieux cerner la réalité de chaque ministère impliqué.

1.5.1 *Le Ministère de l'industrie, du Commerce, des Sciences et des Technologies*

Au chapitre 3 nous avons expliqué le positionnement du MICST à l'égard des entreprises coopératives. La Direction des coopératives a normalement le mandat de faire la promotion et de supporter légalement le développement des entreprises coopératives sur le territoire. Les rencontres effectuées avec les diverses parties prenantes ont pourtant fait ressortir le MICST comme un « frein » au développement de la coopérative de services de santé de St-Étienne-des-Grès. Dans l'analyse descriptive de la Coop-Santé Les Grès, nous mentionnions

que les fonctionnaires qui ont été saisis du dossier de St-Étienne-des-Grès, ont rejeté le projet, clamant qu'il n'existe aucun coopératif de la sorte au Québec et que d'autres, dont M. Béland, avaient déjà tenté l'expérience sans succès. Ce n'est finalement qu'à travers plusieurs tractations politiques que les fonctionnaires du ministère finirent par accepter le projet de St-Étienne-des-Grès à titre de projet pilote.

Il existe donc des différences importantes entre le discours officiel du ministère et la pratique de ce dernier dans le cas que nous avons étudié. Qu'est-ce qui explique ces différences ? Le projet des citoyens de St-Étienne-des-Grès se présentait comme une idée hors de l'ordinaire pour les fonctionnaires du MICST. Alors que le ministère affirmait que la Loi sur les coopératives ne prévoyait aucune place pour ce type d'organisation, la direction de la CDR de Lanaudière reconnaissait plutôt que ce projet avait dix ans d'avance sur les orientations de l'État en matière de santé. Les employés de la fonction publique ont aussi mentionné aux promoteurs du projet qu'il n'existe aucun lien d'usage dans le modèle de coopérative de services de santé. Loin d'être à court d'imagination, les dirigeants et les promoteurs ont alors pallié à la situation en employant une physiothérapeute qui allait être rémunérée directement par la coopérative. Malgré la solution originale soumise aux fonctionnaires du MICST, il aura tout de même fallu organiser des rencontres dont l'objectif était de convaincre les fonctionnaires responsables du dossier et d'entreprendre parallèlement des démarches de négociations politiques pour que le gouvernement finisse par reconnaître l'organisation comme un projet pilote et que les statuts soient délivrés aux dirigeants.

Les propos recueillis nous ont aussi permis de découvrir que le MICST a consulté les fonctionnaires du MSSS suite à une demande de financement adressée par les dirigeants de la coopérative de services de santé. La position du MSSS a manifestement contribué au refus de financement du projet de St-Étienne-des-Grès par le MICST. La rigidité administrative du ministère de l'industrie, du commerce, des sciences et des technologies est donc la raison principale de cette différence entre le discours officiel et son implication réelle dans le cas de la coopérative de services de santé de St-Étienne-des-Grès.

1.5.2 *Le Ministère de la santé et des services sociaux*

Comme nous le savons, officiellement l'État se méfie de la privatisation du système de santé au Québec. Certes, les manchettes des dernières semaines portant sur de nouvelles initiatives régionales en matière de service de proximité et les récentes propositions de partenariat avec le secteur privé soumises dans le rapport de la commission Clair, soulèvent à nouveau des questions quant à la cohérence du discours du MSSS. Pourtant, malgré ces transformations progressives des infrastructures sociosanitaires de la province, le

gouvernement continue de clamer que l'organisation des services et des soins de santé resteront sous sa responsabilité. Les entrevues réalisées auprès des responsables de la Régie régionale de la Mauricie et du Centre-du-Québec nous ont d'ailleurs permis de confirmer cette position. Cette contradiction explique déjà une partie des différences relevées dans le cadre de l'analyse comparative du positionnement du MSSS.

Les propos recueillis parmi les parties prenantes du projet de la coopérative de services de santé nous ont effectivement permis de constater qu'il y a une différence importante entre le positionnement officiel de la régie régionale et son implication dans le cas qui nous intéresse. Parmi les fonctions qui lui sont dévolues, la régie régionale a la responsabilité de voir à la répartition équitable des effectifs médicaux sur le territoire qu'elle administre. Bien entendu, il s'agit ici des médecins et autres professionnels de la santé qui pratiquent leur discipline au sein des institutions publiques de santé. En contrepartie, le MSSS n'a pas le pouvoir législatif de contraindre quelconque professionnel de la santé à travailler dans telle ou telle institution publique. Ainsi, la mise sur pied de tout autre projet, qu'il soit privé, collectif, à but lucratif ou non, interfère nécessairement dans les planifications de répartition de la régie régionale.

Les fonctionnaires de la régie régionale de la Mauricie et du Centre-du-Québec ont été saisis du dossier de la coopérative de St-Étienne-des-Grès par l'entremise d'une demande d'évaluation de l'initiative par les hauts fonctionnaires du MSSS. Les promoteurs du projet avaient effectivement adressé une demande de financement au MICST et ce ministère a jugé nécessaire de consulter le MSSS. Il revenait donc à la régie d'effectuer une évaluation du projet. La coopérative de services et de soins de santé de St-Étienne-des-Grès est un projet collectif et légitime mis sur pied par les citoyens de la municipalité et non par l'État lui-même. La régie régionale, face à son mandat de répartition des effectifs, n'avait d'autre choix que de déconseiller aux fonctionnaires du MSSS de supporter financièrement le projet de St-Étienne-des-Grès. Certes, le modèle coopératif offre un meilleur accès à des services de santé, il respecte le principe d'universalité, mais il ne s'aligne pas sur les prérogatives de la régie régionale. Il favorise plutôt les citoyens de St-Étienne-des-Grès et les municipalités avoisinantes, à tel point que le ratio de médecin per capita est de 1 pour 600 alors que dans le reste de la Mauricie et du Centre du Québec il est de 1 médecin pour 1200 habitants.

Du point de vue des promoteurs du projet, il est évident que la non-coopération du MSSS s'est avérée là aussi, un « frein » à l'émergence de la coopérative. Toutefois, comme nous avons pu le constater dans le chapitre sur l'analyse descriptive du cas de St-Étienne-des-Grès, les promoteurs n'ont eu d'autre choix que de faire usage de leur créativité pour dénicher d'autre type de support financier. Aujourd'hui, la Coop-Santé Les Grès fonctionne à plein régime et les dirigeants ont entrepris des travaux d'agrandissement de la clinique.

Comme nous l'avons vu au chapitre précédent, les parties prenantes rencontrées ont admis qu'à terme, ces nouveaux arrangements visent la mise sur pied d'un groupe de médecine familiale, initiative désormais encouragée par l'État. Nous pouvons dès lors prévoir que les relations entre les dirigeants de la coopérative et les fonctionnaires de la régie régionale et du MSSS iront en s'améliorant.

L'analyse comparative du discours officiel du MSSS versus son implication en tant que partie prenante dans le projet de la coopérative de services de santé de St-Étienne-des-Grès permet de relever des différences significatives. Alors que l'État tente d'éviter d'encourager des initiatives de privatisation des services de santé et que la régie régionale a comme mandat de veiller à une répartition équitable des ressources médicales sur son territoire, le MSSS s'est plutôt montré passif face au développement de la Coop-Santé Les Grès. Certes, l'État s'est avéré un frein au développement de la coopérative parce qu'il n'a pas voulu reconnaître ni supporter financièrement l'initiative des citoyens de St-Étienne-des-Grès. Toutefois, jamais il n'est intervenu administrativement ou juridiquement, dans l'intention de freiner le développement de la clinique collective, alors qu'officiellement il se réclame comme étant le principal responsable des soins et des services de santé. Bien entendu, il aurait été déplacé qu'il en soit ainsi puisque ces mesures ne sont pas appliquées à l'égard des polycliniques privées. Bref, cette contradiction soulève de sérieuses questions quant au véritable positionnement de l'État en matière de santé. L'État est-il réellement en faveur d'une privatisation passive des services de santé ? Le MSSS a-t-il vu dans le projet de St-Étienne-des-Grès une idée avant-gardiste qu'il fallait, à tout le moins, laisser vivre ? En d'autres termes, l'État a-t-il les moyens de ses convictions ?

1.6 Les syndicats

L'analyse comparative de l'implication des organisations syndicales dans les projets de privatisation de la santé versus celui de la coopérative de services de santé de St-Étienne-des-Grès nous amène encore une fois à soulever quelques différences intéressantes. Comme dans le cas de l'implication du MSSS, les organisations syndicales ont un discours beaucoup plus tranchant que les moyens utilisés pour défendre leurs intérêts. Dans le cas qui nous préoccupe, nous avons défini les organisations syndicales comme étant généralement les parties prenantes les plus radicalement opposées au désengagement de l'État en matière de santé. Les soins et les services de santé sont des biens communs et la gestion de ces derniers devrait être exclusive au MSSS. Toutefois, à la lumière de l'analyse descriptive effectuée au chapitre précédent, il est étonnant de constater qu'aucune organisation syndicale n'a présenté de véritable opposition à la mise sur pied de la coopérative de services de santé de St-Étienne-des-Grès.

En fait, ce n'est qu'en 1996, au Sommet de l'économie et de l'emploi, que le projet de coopérative de services de santé s'est fait violemment critiquer par les analystes de la FTQ. Les propos visaient à souligner qu'il existait déjà des institutions telles que les CLSC mandatés par l'État pour offrir à tous les citoyens des services de santé de première ligne. Les CLSC sont particulièrement bien adaptés aux réalités des régions et selon la FTQ, c'est au gouvernement que revient la responsabilité de financer adéquatement ce type de service. La coopérative de services de santé de St-Étienne-des-Grès s'inscrit donc en porte-à-faux avec les institutions étatiques. Aux yeux des centrales syndicales, les citoyens utilisateurs des services de la Coop-Santé Les Grès, payent deux fois pour des services de santé auxquels ils ont droit. En plus de payer leurs impôts comme contribuables, les citoyens de St-Étienne-des-Grès ont dû supporter financièrement le projet de la coopérative de services de santé. Pourtant, la population canadienne jouit d'une loi leur permettant d'avoir accès gratuitement à des soins et des services de santé. Soulignons toutefois que dans le cadre du Sommet de l'économie et de l'emploi, le projet de la coopérative de services de santé a été présenté avec d'autres projets relatifs au domaine sociosanitaire. Tous ne pouvaient pas être cédés au secteur de l'économie sociale. Les experts présents ont donc préféré se pencher sur le cas des corporations d'économie sociale oeuvrant dans le secteur de l'aide à domicile que sur celui des coopératives de services de santé. Aux yeux de plusieurs, il était nécessaire de limiter le désengagement de l'État en matière de santé.

Il reste tout de même qu'aucune véritable contestation syndicale n'a eu lieu dans la région de la Mauricie lors de la mise sur pied de la coopérative de services de santé. On avance que les principaux concernés, soit les travailleurs du CLSC et du centre hospitalier sont aux prises avec des problèmes de surcharge de travail et de manque de ressources financières, ne leur laissant plus de temps pour défendre la raison d'être des CLSC. D'ailleurs, il ne serait pas étonnant de découvrir que les gestionnaires ont vu le projet de St-Étienne-des-Grès comme un moyen de désengorger les institutions publiques et de leur permettre de se repositionner dans leur environnement.

L'intérêt des organisations syndicales, tel que décrit au chapitre 3, soit celui de défendre les intérêts des travailleurs dans le domaine de la santé et, de façon plus générale, le bien commun que représentent les services et les soins de santé, n'a donc pas été particulièrement défendu dans le cas de la coopérative de St-Étienne-des-Grès. Les promoteurs n'ont pas eu à concilier les intérêts des centrales syndicales avec ceux des autres parties prenantes du projet. S'il est vrai que les centrales syndicales se présentent comme des organisations dont le but est de défendre les intérêts des travailleurs qu'elles représentent, leurs actions ne semblent pas toujours fidèles à leur discours.

1.7 Les associations commerciales et professionnelles

Au chapitre traitant du discours officiel des différentes parties prenantes généralement impliquées dans le développement d'un projet coopératif dans le domaine sociosanitaire, nous avons souligné qu'il existait plusieurs types d'associations professionnelles. Parmi ceux-ci nous avons mentionné la CDR, le CCQ et les associations de professionnels tels que l'ordre des médecins omnipraticiens du Québec. L'analyse du cas de St-Étienne-des-Grès nous a permis de démontrer que la CDR a joué un rôle clef dans le développement de la coopérative contrairement aux ordres professionnels qui ne se sont pas impliqués dans le projet. Il faut dire que tant que les médecins et autres professionnels de la santé travaillent dans des conditions adéquates et ont accès aux ressources nécessaires pour pratiquer leur discipline, aucun ordre n'a d'intérêt particulier à s'investir dans la mise sur pied d'une coopérative de services de santé ou d'une clinique privée. La présente analyse comparative ne peut donc porter que sur la coopérative de développement régional de Lanaudière.

Comme le révèle l'analyse descriptive traitée au chapitre précédent, la CDR de Lanaudière s'est impliquée dans le support à la mise sur pied de la coopérative de services de santé de St-Étienne-des-Grès. Cet investissement ne diffère en rien de ce qui avait été annoncé au chapitre 3. A titre d'organisme parapublic, la CDR a le mandat d'offrir conseils et appuis techniques aux promoteurs de projets coopératifs, peu importe leur champ d'intervention. Bien que le projet de St-Étienne-des-Grès se présentait comme un nouveau modèle et que les promoteurs allaient inévitablement rencontrer certaines parties prenantes moins enthousiastes face à ce type d'initiative, la CDR a tenu à préparer de façon adéquate les dirigeants du projet. Les propos recueillis ont permis de relever que le directeur de la CDR avait perçu dans le modèle de St-Étienne-des-Grès une initiative avant-gardiste et qu'au pire, les promoteurs allaient devoir se frotter à certains fonctionnaires et dirigeants syndicaux. L'analyse du discours versus l'implication réelle de la CDR ne révélant pas de différences significatives, nous pouvons conclure que les coopératives de développement régional sont certainement des organismes que les futurs promoteurs de projets coopératifs dans le domaine sociosanitaire ont intérêt à solliciter.

1.8 La communauté

Le projet de la coopérative de services de santé de St-Étienne-des-Grès est une initiative purement collective et ce n'est qu'à travers une sérieuse implication des citoyens et des dirigeants de la municipalité que la clinique a fini par voir le jour. Nous annoncions d'entrée de jeu que la communauté est une partie prenante dont les promoteurs devaient tenir compte

tout au long de la mise sur pied de ce type d'entreprise et c'est exactement ce qui s'est passé dans le cas de la Coop-Santé Les Grès.

L'entreprise coopérative est par définition l'initiative d'un collectif de personnes. Comme nous le savons maintenant, ce sont les citoyens du village de St-Étienne-des-Grès qui ont soumis une pétition à la Mairie. De l'expression du besoin de services de santé de proximité jusqu'à l'ouverture de la coopérative, les citoyens du village ont investi temps et argent dans ce projet. L'analyse descriptive, du cas de la coopérative de services de santé, expose l'intérêt des citoyens comme étant le plus fondamental parmi tous les besoins exprimés par les parties prenantes. D'ailleurs, la Mairie a rapidement compris l'importance que représentait la recherche d'une solution adaptée aux besoins de la population. Ce n'est pas monnaie courante pour un maire de recevoir une pétition signée par près de la moitié de sa population! Et puis, il est dans l'intérêt des dirigeants locaux d'entretenir leur capital politique. Le maire et la conseillère municipale n'ont donc eu d'autre choix que d'enclencher un processus de consultation auprès des différents acteurs influents de la collectivité. La seule différence que nous pourrions relever entre le discours et l'action de la Mairie est à l'effet que la municipalité, en tant que partie prenante représentant la collectivité, a utilisé de façon efficace son pouvoir, ses relations et ses contacts politiques. Le projet de St-Étienne-des-Grès était unique à l'époque et comme nous l'avons vu, les promoteurs se sont souvent retrouvés face à des fonctionnaires peu coopératifs. L'implication des dirigeants municipaux a ainsi permis de recruter des professionnels de la santé, d'être reconnu comme projet pilote par le MICST, de développer des partenariats avec un CLSC, de créer un précédent qui commence à peine à porter fruit.

2. Autres implications

Le modèle des parties prenantes de Donaldson et al. (1995) fait état de huit catégories d'acteurs généralement impliqués dans le développement d'une entreprise. Nous avons pu constater que ce modèle correspond assez fidèlement à la réalité des organisations coopératives. Nous avons aussi mentionné que ce réseau de parties prenantes s'entretient. En effet, Wicks et al. (1994) viennent enrichir le concept de parties prenantes en ajoutant une description féministe de la gestion des intérêts des acteurs impliqués. Selon ces auteurs, de bonnes relations et la satisfaction mutuelle des besoins des différents *stakeholders* s'appuient sur une véritable coopération entre les acteurs, une décentralisation du pouvoir et de l'autorité et un processus efficace de communication. Or, il faut justement des gens pour assurer cette coordination. Wicks et al. (1994) soulignent donc l'importance du leadership assumé par un groupe d'acteurs clefs dans la mise sur pied du projet.

Cette contribution nous amène ainsi à reconnaître que les promoteurs du projet de St-Étienne-des-Grès composent eux aussi une partie prenante. Il s'agit d'une différence importante à relever entre le discours théorique aligné sur le cadre d'analyse de Donaldson et al. (1995) et la réalité observée dans le cadre de l'analyse descriptive de la Coop-Santé Les Grès. En d'autres termes, il existe une neuvième partie au projet et c'est celle des promoteurs (que nous pourrions aussi identifier comme étant les dirigeants et les gestionnaires du projet). Comme nous le mentionnions dans le chapitre traitant du cadre d'analyse, le pouvoir qui revient aux gestionnaires est particulièrement important et rappelle à quel point le concept des parties prenantes s'appuie sur l'aspect normatif de la théorie. Les gestionnaires devraient donc reconnaître la validité des intérêts de chaque parties prenantes et tenter d'y répondre parce qu'il y va de la légitimité des fonctions de gestion de l'entreprise. En contrepartie, l'intérêt des gestionnaires est de voir à entretenir de bons rapports avec toutes les parties de sorte qu'elles puissent continuer d'appuyer le développement de l'organisation.

Dans le cas de la Coop-Santé Les Grès nous avons relevé lors des entrevues semi-dirigées que ce groupe d'acteurs fut parmi les plus actifs et les plus importants de toutes les parties prenantes impliquées. Sans ces dirigeants motivés à voir la coopérative de services de santé se développer, aucune véritable sollicitation n'aurait pu avoir lieu, aucun compromis n'aurait pu être trouvé et aucun acteur ne se serait engagé concrètement. Rappelons qu'en 1995, l'idée d'une coopérative de services de santé a pris la forme d'un projet pilote. L'analyse descriptive nous a effectivement démontré que sans l'implication de personnes entreprenantes et créatives au sein de ce projet, la communauté de St-Étienne-des-Grès n'aurait pu jouir des services de proximité maintenant offerts par les professionnels qui travaillent à la coopérative de services de santé. Nous reviendrons sur le rôle de cette neuvième partie prenante au chapitre suivant.

APPRENTISSAGES ET TRANSFERTS POSSIBLES

Notre recherche qualitative serait incomplète si nous ne prenions pas le temps de retenir certaines leçons des analyses descriptive et comparative que nous avons exposées aux chapitres précédents. Alors que l'analyse descriptive nous a permis de bien comprendre les dynamiques qui existent entre les acteurs qui se sont impliqués dans la mise sur pied de la Coop-Santé Les Grès, nous avons aussi relevé, au cours de l'analyse comparative, certaines différences significatives entre le « discours officiel » des parties prenantes et leur implication dans le cas analysé. A la lumière de ces analyses, nous pouvons maintenant nous pencher sur les leçons à retenir et les transferts qu'il serait possible d'effectuer dans des cas similaires de développement de coopérative oeuvrant dans le domaine de la santé.

Le présent chapitre se divise donc en deux sections. La première partie vise à présenter les éléments positifs à retenir de l'analyse de la gestion des parties prenantes que nous venons d'exposer. Les apprentissages à retenir de cette recherche nous amènent aussi à définir les éléments qui, selon nous, sont à améliorer en termes de gestion des parties prenantes dans le cadre de la mise sur pied d'un projet coopératif tel que celui de St-Étienne-des-Grès. Cette présentation des points positifs et à améliorer nous permettra aussi de confirmer ou d'infirmier notre hypothèse de départ.

Dans le second chapitre, nous prendrons le temps d'exposer les notions relatives à la gestion des parties prenantes qui, à notre avis, sont transférables. Bien entendu, l'objectif de cette deuxième partie n'est pas de présenter une « recette » transposable dans tous les projets similaires à celui de la Coop-Santé Les Grès. Nous croyons plutôt que certains éléments de gestion valent la peine d'être partagés et qu'il est de la responsabilité des promoteurs de projets coopératifs dans le domaine sociosanitaire d'adapter cette information au contexte qui leur est propre.

Dans cette section, nous tenterons aussi d'exposer un modèle ajusté de la théorie des parties prenantes. Bien que Donaldson et al. (1995) nous aient offert un cadre d'analyse adéquat pour la compréhension de la gestion des parties prenantes au sein d'une organisation coopérative oeuvrant dans le secteur de la santé, nous croyons que les leçons que nous retenons de cette recherche sont transposables dans un modèle adapté des parties prenantes.

1. Les apprentissages

Plusieurs apprentissages sont à retenir du cas de la Coop-Santé Les Grès. Nous croyons que l'organisation fonctionne bien en ce moment et, selon nous, c'est entre autres grâce à une gestion adéquate des parties prenantes. D'ailleurs, notons que les apprentissages que nous exposerons sont en relation directe avec la notion de gestion des parties prenantes.

1.1 Les leçons positives

1.1.1 *Besoins exprimés par la base*

Comme nous l'avons expliqué au chapitre 4, la coopérative de services de santé de St-Étienne-des-Grès est née d'une initiative des citoyens du village. Plus de 1000 personnes ont d'abord accepté de signer une pétition à l'attention de la Mairie de St-Étienne-des-Grès. Cette toute première action était lourde de sens. Un tiers de la population exprimait clairement son mécontentement face à l'accès à des services et à des soins de santé et, par le fait même, soulignait l'urgence de répondre à ce besoin. De plus, dans un contexte rural, l'appui d'un tiers de la population à une revendication adressée aux dirigeants du village n'a pas le même poids que les centaines de demandes déposées annuellement aux élus des grands centres urbains. Le caractère inusité de cette pétition donnait le ton au problème soulevé et exigeait nécessairement une solution tout aussi originale. En fait, la Mairie de St-Étienne-des-Grès n'avait d'autre choix que de tenter d'accéder à la demande, sans quoi il en allait du poste du Maire aux prochaines élections municipales.

L'ouverture d'esprit de la Mairie et du directeur général de la caisse populaire du village a confirmé la volonté des leaders locaux de résoudre le problème exprimé par la population. Ainsi, progressivement, plusieurs personnes se sont impliquées de façon bénévole dans la collecte de fonds, la génération d'idées originales, l'organisation d'événements publics, etc. Les citoyens qui sont à l'initiative de la pétition, comme ceux qui ont donné temps et énergie tout au cours de son évolution, constituent certainement l'ingrédient le plus important de cette aventure. Non seulement ont-ils souligné clairement le besoin ressenti par une bonne proportion de la population mais ils ont aussi fait la preuve qu'ils étaient prêts à participer à la « construction » de la solution. Cet engagement marque la détermination des citoyens à répondre eux-mêmes aux besoins qu'ils ressentent et explique en bonne partie la réussite de ce projet, malgré les obstacles rencontrés. D'après les propos recueillis au cours des entrevues réalisées dans le cadre de cette recherche, plusieurs personnes ont confirmé à quel point la manifestation du besoin par la « base », par la population, a été déterminante dans la mise sur pied du projet de coopérative de services de santé.

Cette première leçon comporte un élément bien important à retenir dans le cadre de la théorie des parties prenantes. L'implication d'une partie dans le but de voir ses intérêts satisfaits ne peut être passive. Les citoyens de la communauté ont été pro-actifs dans le dossier de la coopérative de services de santé de St-Étienne-des-Grès. Ils n'ont pas simplement revendiqué leur droit, celui d'un meilleur accès à des services de proximité, ils ont aussi pris leurs responsabilités. Au premier chapitre, nous mentionnions que, selon Donaldson et al. (1995), la théorie des parties prenantes doit tenir compte du pouvoir qu'elle a de satisfaire les droits moraux et individuels des acteurs influents. D'ailleurs, les auteurs mentionnaient que : *"each stakeholder group has a right to be treated as an end in itself, and not as means to some other end, and therefore must participate in determining the future direction of the firm in which it has a stake"*.⁸⁰ Or, les analyses descriptive et comparative relatives à l'étude de cas que nous avons effectuée nous portent à croire que les citoyens ont aussi pris leurs responsabilités. En d'autres termes, la communauté a investi temps, argent et énergie. Nous croyons donc que la gestion des parties prenantes est optimisée lorsque les parties participent, s'impliquent, s'investissent dans le projet. En fait, plus l'investissement sera de qualité, plus la réponse aux besoins de la partie prenante en question sera satisfaisante.

1.1.2 La personnalité des parties prenantes

Au-delà de l'engagement de la communauté de St-Étienne-des-Grès, force nous est de reconnaître que les promoteurs du projet de la coopérative de services de santé ont fait preuve de détermination et de créativité. Le mandat donné par les citoyens à la Mairie du village était plutôt clair, mais les solutions ne l'étaient pas nécessairement. Dès le début du projet, le Maire a consulté le directeur général de la Caisse populaire du village puis s'est progressivement entouré d'une équipe compétente composée de personnes influentes dans la communauté. Ces personnes sont autant de ressources qui se sont avérées précieuses tout au long de la mise sur pied du projet. Comme nous l'avons expliqué au chapitre traitant de l'analyse descriptive de la coopérative, bien des obstacles ont dû être surmontés, tant au niveau administratif qu'au niveau relationnel avec certains partenaires. Pour ce faire, l'équipe de promoteurs se devait d'être confiante et déterminée. Non seulement avait-elle reçu un mandat clair de la communauté mais plus le projet prenait avantage, moins il s'avérait envisageable de laisser tomber l'idée.

⁸⁰ DONALDSON, T., PRESTON, L.E. (1995) "The Stakeholder Theory of the Corporation : Concepts, Evidence and, Implications" Academy of Management Review, vol. 20 (1), p. 77.

Cette détermination a souvent fait place aux idées créatives mises de l'avant par les promoteurs et les dirigeants de la coopérative. La mise sur pied du comité génératrice d'idées à la Caisse populaire du village, l'invitation de M. Claude Béland (jadis président du Mouvement Desjardins), la campagne de financement et de sollicitation du membership, les propositions de partenariats avec les CLSC de la région sont autant d'exemples originaux qui ont contribué à l'émergence de la Coop-Santé Les Grès. C'est cette même créativité qui a permis de « vendre » le projet aux citoyens des villages avoisinants ou de convaincre les fonctionnaires du MICST de la légitimité de la coopérative. Selon Brian K. Murphy, la créativité doit composer avec l'environnement. Pour ce faire, « *le développement d'une « vision » est essentiel à une existence créative. Il demande d'observer « l'état des choses », particulièrement en relation avec soi-même.* »⁸¹ Cette vision suppose aussi une disposition à voir comment les choses *pourraient être*. Dans le cas de la mise sur pied de la coopérative de St-Étienne-des-Grès, cette compréhension du milieu et l'exercice de projection n'aurait pu être fait par d'autres personnes que celles qui vivaient quotidiennement avec le problème d'accès aux services de santé. Ces différentes parties prenantes (communauté, investisseurs, promoteurs, employés) ont dû faire preuve de flexibilité et travailler conjointement afin d'atteindre les résultats espérés.

Nous croyons, à la lumière de ce constat, que la personnalité des promoteurs joue un rôle central dans la gestion des parties prenantes. La persévérance dont le Maire, le directeur de la Caisse populaire du village et les dirigeants du conseil d'administration de la coopérative ont fait preuve a clairement contribué à l'avancement du projet de la coopérative. Cette confiance ne serait pas constructive si elle n'était pas accompagnée d'une réelle ouverture d'esprit. Les promoteurs peuvent très bien être convaincus du réalisme de leur projet, mais sans l'écoute des besoins, des intérêts et des idées créatives des autres parties prenantes, même le projet le plus réaliste aurait pu tomber à l'eau.

Enfin, nous croyons que cette confiance mutuelle entre les différentes parties prenantes impliquées dans la construction du projet de la coopérative est directement reliée au type de leadership exercé par les promoteurs du projet collectif. Le pouvoir informel, accordé dans un premier temps au Maire du village et au directeur de la Caisse populaire (puis plus tard aux dirigeants du CA de la coopérative) est celui que les citoyens de la communauté ont bien voulu leur déléguer. Ce pouvoir leur permettait ainsi de développer une vision du projet, assurer une coordination des différentes tâches à accomplir et jouer le rôle d'interface avec les autres parties prenantes impliquées.⁸²

⁸¹ MURPHY, Brian K. *De la pensée à l'action, la personne au cœur du changement*, Les Éditions Écosociété, Montréal, 2001, p.49,50.

⁸² Tiré de COLLERETTE, Pierre (1990) dans notes de cours de LUCAS, Mario, Le leadership pratiqué, p. 18. Dans le cadre du cours Entrepreneurship collectif (COP 623)

1.1.3 *La diversité des parties prenantes impliquées*

De façon plus générale, nous reconnaissions que le modèle de gestion des parties prenantes suggéré par Donaldson et al. (1995) est tout à fait approprié dans l'élaboration d'un projet tel que celui de la coopérative de services de santé de St-Étienne-des-Grès. Rappelons que le modèle traditionnel de gestion ne comprend que les clients, les fournisseurs, les investisseurs (actionnaires) et les employés. L'inclusion de la communauté, des groupes de pression, des regroupements professionnels et du gouvernement propose une nouvelle dimension à la construction du projet. L'analyse descriptive nous a permis d'apprécier le rôle de chacune des parties prenantes impliquées dans la mise sur pied de la coopérative et il semble clair que la plupart des parties ont contribué au succès que connaît aujourd'hui la Coop-Santé les Grès. Nous pourrions certainement affirmer que les intérêts des instances gouvernementales et des groupes de pression, telles que les organisations syndicales, se sont avérées des obstacles ou des « freins » à l'évolution du projet. Toutefois, plusieurs des personnes rencontrées lors des entrevues semi-dirigées ont admis que cette résistance a plutôt incité les promoteurs à faire usage de plus de créativité afin de trouver des solutions alternatives aux problèmes qui se posaient. Selon nous, cette détermination découle directement du support offert par un plus grand nombre de parties prenantes impliquées dans le développement de la coopérative de services de santé.

Bien entendu, le fait de considérer les clients, les fournisseurs, les investisseurs et les employés comme les seules parties prenantes d'un projet facilite grandement le travail de consultation, de concertation et l'effort de satisfaction des intérêts de chacun. Cependant, nous croyons que cette « alliance réduite » fragilise le développement du projet. En effet, la dissidence d'un acteur dans un projet où seuls les clients, les employés, les fournisseurs et les investisseurs sont considérés comme des parties prenantes, peut compromettre l'avenir du projet. Bien entendu, tous les secteurs d'activité ne demandent pas de considérer les intérêts d'autant de parties prenantes comme le suggèrent Donaldson et al.(1995). A la lumière du cas de St-Étienne-des-Grès, la gestion d'au moins huit groupes d'acteurs (au lieu de quatre selon le modèle traditionnel) implique nécessairement une gestion de la diversité.

De toute évidence, la gestion des intérêts de cette diversité représente un défi de taille mais elle offre, par la même occasion, un accès à plus de ressources techniques, humaines et matérielles. Les promoteurs du projet de St-Étienne-des-Grès, sans être au courant du concept de gestion des parties prenantes et des avantages que ce modèle pouvait leur procurer, ont bien compris la sens que prenait le travail en concertation avec plusieurs partenaires. Non seulement ont-ils manifesté de l'ouverture aux propositions des autres

acteurs, mais ils se sont enrichis du savoir-faire et du positionnement de ces derniers. Nous pouvons donc affirmer avec certitude que l'évolution de la « vision » du projet de base se développe autour du rapport de mutualité qui existe entre les parties prenantes impliquées. Cette dernière observation aura des répercussions sur les transferts que nous suggérerons dans la seconde partie de ce chapitre.

1.1.4 *Nature coopérative et gestion des parties prenantes*

A la lumière des analyses descriptive et comparative, nous constatons que la structure des organisations coopératives favorise grandement la gestion des parties prenantes. En effet, de par sa nature et ses mécanismes de gouvernance, l'entreprise coopérative a pour objectif de répondre aux besoins de ses membres, mais elle exige en retour une pleine participation de ces derniers à la vie démocratique de l'organisation. C'est ainsi que tous les membres, ayant chacun un droit de vote, sont appelés à se prononcer sur différents sujets lors des assemblées générales de la coopérative. L'égalité des votes lors de la prise de décision favorise clairement l'implication de tous les membres. Non seulement le projet est-il né de leur initiative mais les membres souhaitent qu'il soit bien géré et que les orientations prises correspondent à leurs besoins et intérêts. Notons toutefois que du point de vue de la théorie des parties prenantes, la plupart des membres portent un deuxième chapeau, c'est-à-dire qu'ils appartiennent aussi à différents groupes d'acteurs tels que la communauté, les clients, les investisseurs ou les employés. On retrouve d'ailleurs cette même dynamique au sein du conseil d'administration de la coopérative. Les promoteurs, les membres-clients, les employés, les investisseurs, les leaders de la communauté siègent à la même instance et doivent voir à la satisfaction des besoins de chacune des parties prenantes tout en s'assurant d'une bonne gestion de la coopérative.

Wicks et al. (1994) ajoutent à ce sujet qu'il importe que les dirigeants de la coopérative stimulent la décentralisation du pouvoir et l'exploitation de la créativité. Cette vision de la gestion des parties prenantes est d'ailleurs qualifiée de « féministe » et elle colle plutôt bien à ce que nous avons analysé de la Coop-Santé Les Grès. En effet, comme nous le mentionnions plus haut, le succès du projet de la coopérative de services de santé de St-Étienne-des-Grès s'explique entre autres par cette exploitation de la créativité des personnes impliquées dans le projet. D'autre part, Wicks et al (1994) il y aurait un consensus, selon les auteurs, autour du fait que la communication serait un des moyens de générer des décisions efficaces et stratégiques pour la coopérative.⁸³ Cela est d'autant plus vrai que les intérêts et

⁸³ WICKS, A.C., D.R. GILBERT, Jr., and R.E. FREEMAN (1994), "A feminist Reinterpretation of the Stakeholder Concept", *Business Ethics Quarterly*, p. 493.

les besoins des différentes parties prenantes ne sont pas toujours évidents à concilier. Pour ce faire, il importe que les gestionnaires et les dirigeants de l'organisation soient le plus transparent possible. D'après nous, la structure même de la coopérative de services de santé de St-Étienne-des-Grès favorise cette circulation de l'information et permet que la majorité des acteurs puisse participer aux décisions de l'organisation tout en s'assurant que la majorité des intérêts soient satisfaits.

Nous retenons donc que la prise en charge de chaque membre, représentant parfois différentes parties prenantes au projet, combinée à une structure démocratique et ouverte comme celle des entreprises coopératives, sont deux éléments favorables à une gestion optimale des intérêts des parties prenantes.

1.1.5 *L'implication de personnes charnières*

Un autre apprentissage que nous retenons des analyses descriptive et comparative du cas de la coopérative de St-Étienne-des-Grès est l'impact que peut avoir l'implication d'une personne dite « charnière » dans le développement d'un projet collectif. Nous entendons ici, par personne charnière, un individu qui joue le rôle d'articulation, de point de jonction entre plusieurs personnes ou groupes de personnes.⁸⁴ Selon C.J.L. Yewelett et al. (1974), la fonction de personne « réticuliste » (qui réfère ici au maillage ou ficelage) et que nous nommons personne charnière, réfère au fait qu'elle exerce une influence significative dans la modification des modèles de communication utilisés entre les acteurs impliqués. En d'autres mots, il s'agit d'une fonction informelle à travers laquelle la personne amène différents acteurs à se concerter et à prendre une ou des décisions à l'avantage du réseau d'acteurs.⁸⁵ Comme nous l'avons constaté, la participation de leaders locaux dès le démarrage du projet, a été facilitée par l'implication de la conseillère municipale de St-Étienne-des-Grès. Sans elle, le conseil d'administration de la coopérative de services de santé n'aurait peut-être pas bénéficié de l'expertise d'autant d'acteurs représentatifs et influents du village. Le rôle que peut jouer une personne charnière n'est donc pas à négliger dans la mise sur pied d'un projet de l'envergure de la Coop-Santé Les Grès. Dans le cas de la coopérative de St-Étienne-des-Grès, il est vrai que la conseillère municipale n'a pas assumé la fonction de point de jonction entre toutes les parties prenantes impliquées dans le projet, mais son implication n'en était pas moins importante. Comme nous l'avons exposé lors de l'analyse descriptive, le ralliement des personnes influentes de la communauté s'est avéré une étape clef dans le démarrage du projet. Sans ce rassemblement, ce symbole fort d'une union de toutes les sphères d'activités du village, nous croyons que les promoteurs n'auraient pas eu le support

⁸⁴ ROBERT, Paul, *Le Petit Robert 1*, Dictionnaires Robert, Paris, 1984, p.291.

⁸⁵ YEWLETT.C.J.L., POWER, J.M., FRIEND, J.K., "Public planning : the inter-corporate dimension", Tavistock Publications, London, 1974, p.181.

adéquat pour surmonter tous les obstacles qui se sont présentés sur leur parcours. Alors que la conseillère municipale peut être qualifiée de personne charnière au niveau du village de St-Étienne-des-Grès, le Maire de la communauté semble en avoir fait autant au niveau de toutes les parties prenantes directement impliquées dans le projet de la coopérative, c'est-à-dire les médecins, les fonctionnaires du gouvernement, les représentants de différents groupes syndicaux, la direction de la Coopérative de développement régional de Lanaudière, etc.

Le rôle de personne charnière ne peut pas être joué par n'importe quel acteur impliqué dans le projet. Selon Yewelett et al. (1974) il importe que la personne charnière ait un bon « jugement réticuliste » sans quoi la capacité de mobilisation des ressources peut être compromise. Ce jugement demande donc que la personne soit en mesure d'avoir une analyse claire de la problématique qui se pose et des relations « politiques » qui la caractérisent.⁸⁶ Dans le cas de St-Étienne-des-Grès, il semble, après analyse, que ces conditions aient effectivement été remplies. La conseillère municipale ne pouvait faire autrement qu'être saisie du problème de manque de services de santé de proximité puisque c'est à la Mairie que fut déposée la pétition signée par les citoyens du village. Native et résidente de St-Étienne-des-Grès, la conseillère municipale était en mesure de comprendre ce qu'occasionnait comme frustrations l'absence de professionnels de santé sur le territoire de la municipalité. Elle était aussi bien placée pour cerner la dynamique collective qui s'articulait autour de ce problème. Il est donc devenu évident que personne d'autre que la conseillère municipale, connue de tous dans le village, pouvait rassembler les acteurs influents de St-Étienne-des-Grès autour du projet de la coopérative de services de santé.

Dans le cadre de cette recherche, nous avons souvent mentionné à quel point les promoteurs et les dirigeants se sont avérés essentiels en ce qui concerne la concertation de toutes les parties prenantes et de la satisfaction de leurs intérêts respectifs. Nous apprenons cependant que d'autres personnes clefs ont été impliquées dans la dynamique de gestion des parties prenantes et que leur rôle était tout aussi important. A notre avis, la ou les personnes charnières, qui ne sont pas nécessairement des leaders reconnus par tous, assument des fonctions centrales dans le rassemblement des forces vives nécessaires au support du projet. Le projet de St-Étienne-des-Grès est issu d'une initiative des citoyens du village. Sans l'implication de la conseillère municipale, il aurait été difficile pour les promoteurs rassembler et à maintenir l'implication de ces citoyens influents dans la mise sur pied du projet de la coopérative de services de santé.

⁸⁶ *Ibid.*, p. 364.

1.1.6 *Impact de l'environnement*

Dans une perspective plus large, le cas de la coopérative de services de santé de St-Étienne-des-Grès nous apprend que l'environnement joue un rôle déterminant dans la dynamique de gestion des parties prenantes. Il existe effectivement une série d'éléments qui composent l'environnement d'un projet et chacun d'eux a une influence directe ou indirecte sur la dynamique qui existe entre les acteurs impliqués et le devenir du projet. Pensons par exemple au patrimoine d'une collectivité, à l'historique politique d'une région, aux habitudes d'organisation et de mobilisation des citoyens. En d'autre terme il importe que le projet s'implante dans un terreau fertile. Le cas de St-Étienne-des-Grès nous apprend effectivement que plusieurs conditions environnementales favorables étaient réunies pour que la requête des citoyens se transforme en un projet coopératif prometteur.

Comme nous l'expliquions au chapitre 4, les citoyens de St-Étienne-des-Grès avaient une expérience significative en matière de mobilisation avant l'avènement du projet de la coopérative de services de santé. La Mairie, appuyée par la population du village a d'abord réussi à exproprier la triste et non moins célèbre multinationale Waste management International. Cette expérience a clairement donné confiance aux leaders locaux et leur a aussi offert l'opportunité de se constituer un réseau important de contacts au sein de différentes instances politiques, économiques, gouvernementales et parapubliques. En plus d'avoir gagné une bataille politique face à un géant économique, la population a développé une fierté collective. En effet, cette expérience a donné l'opportunité aux personnes qui se sont impliquées de reprendre une part de leurs responsabilités en tant que citoyens de la municipalité. Plus tard, la collectivité a manifesté le besoin que soit mis sur pied un centre de la petite enfance. C'est à cette occasion que, pour la première fois, le Directeur de la caisse populaire du village et le Maire de St-Étienne-des-Grès, ont pu travailler ensemble. En moins d'un an, le projet était autonome et géré en grande partie par les citoyens du village. Ce rapprochement a clairement eu un impact sur le rassemblement des leaders locaux et sur la gestion des besoins et des intérêts de ces derniers. Fort du succès de cet autre projet collectif, les citoyens ont définitivement compris qu'une collectivité empreinte de quelques expériences de la sorte est certainement mieux outillée pour relever de nouveaux défis.

Ces deux exemples exposent à eux seuls l'impact que peuvent avoir certains projets mobilisateurs sur le devenir de la collectivité et, plus précisément, sur l'organisation de celle-ci lors de la mise sur pied de nouveaux projets. Les cas de la multinationale et de la garderie font partie de l'environnement au sens où ils définissent l'histoire et le patrimoine vivant de la municipalité. Les citoyens et les leaders locaux qui se sont impliqués dans ces projets étaient donc bien outillés pour travailler sur le projet de la coopérative de services de santé. Bien

entendu, aucun projet n'est pareil et beaucoup de travail est à refaire, mais l'expérience et les apprentissages de la population ont clairement facilité la gestion des intérêts des parties prenantes impliquées dans la mise sur pied de la coopérative de services de santé de St-Étienne-des-Grès.

1.2 Certains points à améliorer

Les apprentissages que nous retenons du cas de la Coop-Santé Les Grès ne seraient pas complets si nous ne prenions pas le temps d'exposer ce qui nous est apparu comme des limites ou des éléments à améliorer. En effet, nous considérons que, du point de vue de la gestion des parties prenantes, certaines limites sont à retenir tant pour les futurs développements de la coopérative de St-Étienne-des-Grès que pour tout autre projet de coopérative de services de santé au Québec.

1.2.1 *Le lien d'usage*

La coopérative de services de santé de St-Étienne-des-Grès se présente comme une coopérative de consommateurs. L'objectif premier de cette entreprise est de répondre aux besoins de ses membres. Dans le cas qui nous préoccupe, les membres, au nombre de 2200, sont principalement les citoyens de la municipalité de St-Étienne-des-Grès et de Saint-Thomas de Caxton. Leurs besoins sont d'avoir accès à des soins et des services de santé de qualité et à moindres coûts. Or, comme nous l'avons mentionné à plusieurs reprises, la coopérative de services de santé de St-Étienne-des-Grès est aujourd'hui victime de son succès. En moins de cinq ans, le nombre de dossiers est passé de zéro à 12 000. Il s'agit effectivement d'un beau problème et, comme nous l'exposons au chapitre 4, les dirigeants ont entrepris des démarches d'agrandissement de la coopérative afin de créer l'espace pour la constitution d'un groupe de médecine familiale et, ainsi, mieux répondre à la demande croissante des clients. Malheureusement, ce succès répond de moins en moins aux besoins des sociétaires de la coopérative de services de santé.

En mettant sur pied un service de proximité, les citoyens de St-Étienne-des-Grès avaient l'espoir d'avoir un accès plus direct à des soins de santé de qualité. Le développement de la coopérative dans le village de St-Étienne-des-Grès répond indéniablement à ce besoin. Toutefois, la Loi Canadienne de la santé (1984) stipule que tous les citoyens (sans égard à leur statut) ont le droit d'avoir accès à des soins et des services de santé de qualité et ce, gratuitement. La coopérative est peut-être une institution privée au sens où elle est gérée par un collectif de citoyens et non par la Régie régionale, mais elle loue ses espaces à des professionnels de la santé qui sont rémunérés par le Régime d'assurance maladie du

Québec (RAMQ) et qui se doivent de respecter les principes d'accessibilité, d'universalité et de gratuité des services et des soins de santé prescrits par la Loi. Il s'avère donc impossible d'accorder des priviléges aux membres de la coopérative en ce qui concerne l'accessibilité aux services de santé et cela se présente, du point de vue des membres, un désavantage. Comme l'expliquent J.P. Girard et I. Garon (2000) « *les membres d'une coopérative passablement fréquentée doivent composer avec une limitation de l'accessibilité aux services au même titre que des non-membres qui disposent su même droit d'accès.* »⁸⁷

Le lien d'usage des membres est donc limité et cela remet en cause une part de l'identité de la coopérative. Bien entendu, les membres bénéficient du droit de participer à la vie démocratique et aux orientations de la Coop-Santé Les Grès, mais ils ne jouissent pas des avantages économiques que leur confère leur statut face aux services offerts par les professionnels de la santé travaillant à la coopérative (exception faite des services de physiothérapie). D'autre part, « *la dynamique d'une association coopérative est conditionnée directement par l'intensité d'usage caractéristique du type de coopérative. Une saine vie associative aura plus la possibilité de se développer dans une coopérative à forte intensité d'usage que dans une coopérative à faible intensité.* »⁸⁸

Cette limitation du lien d'usage a des répercussions directes sur la gestion des besoins et des intérêts des parties prenantes. Puisque les intérêts des membres ne sont que partiellement satisfaits, il y a lieu de se demander comment cela pourrait affecter l'implication de ces derniers dans d'autres projets reliés à la coopérative. Nous sommes d'avis que l'essentiel des droits des membres sont actuellement respectés. A travers leur participation aux assemblées générales et au conseil d'administration, les membres conservent leur pouvoir de voir à la bonne gestion de la coopérative et au respect des orientations souhaitées par les sociétaires. Toutefois, la satisfaction partielle des membres en ce qui a trait aux avantages économiques dont ils devraient normalement bénéficier pourrait éventuellement affecter certaines décisions qui demandent l'implication de plusieurs parties prenantes. Par exemple, si la coopérative de services de santé désirait augmenter son *membership*, rien ne garantirait qu'un nombre significatif de clients veuille devenir membre. En fait, cela dépendrait à la fois du désir des membres actuels d'inclure des citoyens qui n'habitent pas nécessairement la municipalité de St-Étienne-des-Grès et, d'autre part, des avantages économiques que les dirigeants seraient intéressés à ajouter à ceux déjà existants. Nous retenons donc que l'articulation du lien d'usage peut avoir des effets directs

⁸⁷ GIRARD, J.P. *Les coopératives dans le domaine sociosanitaire au Québec : état de la situation*, Cahier de recherche, Montréal, Chaire de coopération Guy-Bernier (UQAM), 2000, p. 16.

⁸⁸ BRIDAULT, A., *Gérer la vie démocratique d'une coopérative*, Les guides pratiques Orion, Collection « gestion d'une coopérative », Numéro 1, Orion, Québec, 1998, p. 104.

sur la gestion des parties prenantes et qu'il est important d'étudier et de développer de nouveaux services dont certains clients pourront tirer avantage dû au fait qu'ils soient membres de la coopérative.

1.2.2 *La formule coopérative*

En 1995, lorsque le projet de santé de St-Étienne-des-Grès a vu le jour, les promoteurs et les dirigeants, qui avaient décidé de démarrer une coopérative de services de santé, n'avaient d'autre choix que d'opter pour la formule d'une coopérative de consommation. Malgré les limites que ce type de coopérative pose en termes de lien d'usage, il convient de reconnaître que l'organisation fonctionne plutôt bien, à tel point qu'elle est maintenant victime de son propre succès. Puisque le projet de la coopérative de services de santé de St-Étienne-des-Grès est issu de la base et qu'il y avait une ferme volonté de répondre aux besoins de la population, des efforts considérables ont été mis de l'avant afin de s'assurer que les besoins de toutes les parties prenantes soient satisfaits. Toutefois, le démarrage d'une autre coopérative de services de santé n'est pas nécessairement garant d'un succès similaire. Toutes les parties impliquées dans le projet n'ont pas le même poids démocratique dans les choix des orientations stratégiques de l'organisation et, selon nous, cela peut éventuellement poser problème.

Nous croyons donc qu'il serait intéressant d'explorer d'autres avenues. Les entrevues semi-dirigées réalisées auprès des personnes rencontrées dans le cadre de cette recherche ont soulevé certaines réflexions intéressantes en ce qui à trait à la formule coopérative. L'une d'entre elles serait de promouvoir la formation de nouvelles coopératives de services de santé sous la forme de coopératives de solidarité. Cette formule offre certains avantages intéressants qui pourraient avoir un impact positif sur la gestion des parties prenantes. La coopérative serait composée de trois types de membres au lieu d'un seul, soit les membres consommateurs (clients), les membres travailleurs (professionnels non rémunérés par la RAMQ) et les membres collectifs (organisations professionnelles, regroupements influents de la municipalité, CLSC, etc.). Elle faciliterait la concertation de trois types d'acteurs qui sont directement impliqués dans le fonctionnement et le développement de la coopérative. Cette formule permettrait aussi d'améliorer la capitalisation et le développement intégré de l'organisation dans la réalité de la communauté. En d'autre termes, la formule de coopérative de solidarité favoriserait le rayonnement de l'entreprise collective dans son environnement direct et jouirait par la même occasion d'un meilleur support.

Si le succès de la coopérative des services de santé de St-Étienne-des-Grès est, entre autres, tributaire d'une bonne gestion des besoins et des intérêts des parties prenantes, nous

croyons que l'adoption d'une formule de coopérative de solidarité ne pourrait que renforcer ce travail concerté d'acteurs influents dans la mise sur pied et le développement d'une coopérative.

1.2.3 *Rapport public-privé*

La coopérative de services de santé est non seulement la première à avoir vu le jour au Québec, mais elle est aussi la première à avoir investi directement le champ de la déserte des soins et des services de santé à la population québécoise. Comme nous le savons, les CLSC, les cliniques externes des centres hospitaliers et les cliniques privées offrent déjà des services et des soins de santé à la population. L'ajout de la formule coopérative dans ce secteur relance et alimente l'épineuse question du rapport entre le secteur privé et le secteur public. Nous croyons qu'il est du devoir de l'État de continuer de protéger les services et les soins de santé d'une déréglementation et d'une privatisation pouvant laisser place aux pires scénarios en termes de pertes d'acquis et de droits pour les citoyens québécois. Malheureusement, la course au déficit zéro, le virage ambulatoire et, à plus grande échelle, l'avancement des négociations de plusieurs accords commerciaux internationaux (ZLÉA, GATS, etc.) nous rappellent que le gouvernement a déjà fait certains choix. En effet, l'option d'une privatisation passive des soins et des services de santé nous prouve que l'État remet en question le principe de protection de la santé comme bien commun. C'est pour cette raison que Normand Thériault du journal *Le Devoir* écrivait à ce sujet que : « *indépendamment des ressources disponibles, il est impensable de croire que la médecine sera la même pour tous. S'il est possible de mettre sur pied des régimes universels de soins, il serait faux de faire croire que les traitements seront identiques.* » Il rajoute ensuite que « *un tel débat, éthique, ne peut être mené par le seul ministre responsable de ce secteur. La société doit aussi apprendre à vivre avec ses limites, qu'elles soient financières, voire morales.* »⁸⁹

Cette réflexion nous amène à considérer certains choix stratégiques qu'il serait judicieux de faire collectivement. Le gouvernement cherche à se désengager progressivement de plusieurs responsabilités reliées à l'administration des infrastructures et des services dispensés à la population tandis que les cliniques privées veillent principalement à générer un rendement sur les services offerts en ne considérant que trop peu les besoins de la population. Ce transfert de responsabilités annonce malheureusement la perte de pouvoir du citoyen dans le droit de participation à la gestion du bien commun. Pour cette raison, nous croyons que la coopérative de services de santé se présente comme une alternative

⁸⁹ THÉRIAULT, N., A l'heure des choix, *Le Devoir, cahier F santé*, Montréal, 17 et 18 novembre 2001.

intéressante. Bien que la formule coopérative (de consommation ou de solidarité) soit un type d'entreprise collective-privée, il nous apparaît évident qu'elle permet d'offrir un service beaucoup plus en lien avec les besoins de la population qu'elle dessert. A la différence des initiatives privées gérées exclusivement par les médecins, la coopérative présente un mode de gestion décentralisée et exige des membres une prise en charge et un développement stratégique des services et des soins de santé. Angus, D.E. (1990) mentionne à ce sujet que les principes fondamentaux qui définissent et régissent les coopératives de services de santé, et qui sont administrés par les consommateurs-propriétaires, s'inscrivent plutôt bien dans le prolongement des orientations du gouvernement. Elles présentent effectivement des avantages économiques ou d'une autre nature reliés aux prérogatives opérationnelles de l'État, principale instance actuellement responsable de la santé de la population. L'auteur ajoute que les principes qui définissent les coopératives de services de santé sont :

1. « *organisme communautaire placé sous le contrôle de la communauté*;
2. *gamme de services de santé primaires, de services sociaux et de services annexes offerts au même endroit* ;
3. *des équipes pluridisciplinaires assurent les services médicaux* ;
4. *l'accent est mis sur la prévention, la promotion de la santé, les services éducatifs et les services ambulatoires* ;
5. *la rémunération des professionnels de la santé se fait selon la formule salariale ou la formule per capita au lieu d'être basée sur la méthode de paiement à l'acte.* »^{90 91}

Malheureusement, force nous est de reconnaître que ces projets coopératifs, de nature privée et collective, ne sont que très peu encouragés dans le développement du rapport privé-public en matière de santé publique. Bien entendu, la mise sur pied de coopératives de services de santé présente plusieurs avantages. Il n'en reste pas moins qu'elle doit s'arrimer à une réforme des services de santé où l'on cherche à satisfaire les besoins des consommateurs, des professionnels de la santé et du gouvernement. La présente recherche prouve bien que cela est possible, mais rappelons tout de même que la résistance manifestée par le MSSS s'est avérée problématique au cours du développement du projet. Nous croyons que ce manque de collaboration est directement relié à la dynamique qui existe entre les secteurs public et privé. Ainsi, tant que les intentions de l'État ne seront pas clairement énoncées, nous croyons que les promoteurs et les dirigeants de projets coopératifs dans le secteur de la santé auront à composer avec une contribution nébuleuse

⁹⁰ ANGUS, D.E., MANGA, P., *Efficacité des modèles de prestation coopératifs/communautaires des soins de santé*, Association des coopératives canadiennes, Ottawa, 1990, p. 39.

⁹¹ Note : Le point # 5 fait référence à la réalité de certaines coopératives de la Saskatchewan. Les médecins qui pratiquent en milieu coopératif au Québec sont toujours rémunérés à l'acte par la RAMQ.

du secteur public. En d'autre termes, la situation provinciale en matière de partage de responsabilité aura nécessairement des impacts sur la capacité des leaders de projets coopératifs à satisfaire les intérêts des parties prenantes impliquées. Mentionnons cependant que les dirigeants de la coopérative de St-Étienne-des-Grès ont réussi à développer des services complémentaires avec le CLSC de Shawinigan. Ce partenariat est issu d'une volonté d'optimiser les services offerts à la population et dépend en grande partie de la relation entretenue entre les diverses instances en regard d'un projet spécifique. C'est ainsi que, dans un contexte de rapport entre le public et le privé, il est impératif que les dirigeants des coopératives de services de santé développent et entretiennent leur aptitude à gérer de façon adéquate les besoins et les intérêts de toutes les parties prenantes.

1.2.4 *Limites du discours officiel des parties prenantes*

L'analyse comparative du discours officiel des parties prenantes versus leur implication réelle dans le projet de la coopérative de services de santé de St-Étienne-des-Grès nous apprend que la mise en œuvre d'un projet est garante d'engagements. Effectivement, comme nous l'avons souligné au chapitre précédent, les organisations syndicales et les ministères du gouvernement sont les principaux acteurs impliqués dans le développement du projet de St-Étienne-des-Grès qui annonçait un positionnement différent dans le positionnement officiel.

Les organisations syndicales ne s'opposent-elles pas aux initiatives qui renforcent la privatisation des services de santé au Québec ? Ne s'opposent-elles pas à tout projet qui pourrait avoir un impact direct sur les employés du secteur public ? Dans une plus large mesure, ne défendent-elles pas le droit d'accès pour tous au bien commun, c'est-à-dire à des services de santé gratuits, accessibles et à moindres coûts ? Pourtant, outre l'opposition exprimée par la FTQ lors du chantier sur l'économie sociale, bien peu de résistance fut concrètement exprimée à l'égard du projet de St-Étienne-des-Grès. Bien entendu, certains des arguments utilisés par les organisations syndicales à l'endroit des initiatives de privatisation des services de santé ont été déconstruits. La coopérative est peut-être une initiative privée, mais elle est collective et gérée par les membres de la municipalité de St-Étienne-des-Grès. Les citoyens ont donc un pouvoir direct sur l'évolution des services et les soins de santé offerts aux clients de la coopérative. En d'autre termes, le contrôle de l'accès à des services de santé, bien commun précieux pour la population québécoise, est beaucoup plus direct que celui que le reste des citoyens ont à l'égard de leur Ministère de la santé et des services sociaux. D'autre part, les dirigeants ont fait la preuve qu'aucun emploi des services publics ne serait affecté par la mise sur pied de la coopérative. En fait, ils ont plutôt construit un partenariat avec le CLSC de Shawinigan dans le but d'offrir des services complémentaires à la population.

Le discours officiel du MISCT et du MSSS a aussi pris une forme différente lors du développement du projet de St-Étienne-des-Grès. Alors que le MISCT annonçait que le modèle de coopérative de services de santé n'existe pas au Québec et qu'aucune disposition législative ne permettait aux fonctionnaires de reconnaître la constitution d'une telle organisation, la coopérative fut quand même constituée. Le MSSS, pour sa part, exposait clairement que la déserte des soins et des services de santé au Québec relevait de sa responsabilité et que les initiatives privées, telles que les cliniques privées ou les coopératives de services de santé, ne seraient pas encouragées. Pourtant, tout porte à croire que les nouvelles orientations prises par le MSSS en matière de promotion des groupes de médecine familiale s'appliqueront particulièrement bien aux professionnels de santé de la coopérative de St-Étienne-des-Grès. Ainsi, la Coop-Santé Les Grès, perçue jusqu'à présent comme une initiative provoquant un débordement dans les plans de répartitions des ressources médicales sur le territoire couvert par la Régie Régionale de la Mauricie et du Centre-du-Québec, sera reconnue comme un milieu propice à la constitution d'un groupe de médecine familiale et sera supportée financièrement par le gouvernement.

Ce décalage entre le discours officiel de certaines parties prenantes et leur implication concrète dans un projet nous apprend donc que le style gestion des promoteurs et des dirigeants joue un rôle déterminant dans la mise sur pied d'un projet collectif. Sans une concertation efficace de plusieurs acteurs clefs dans le projet de coopérative de services de santé, il est évident que les organisations syndicales et le gouvernement auraient été en mesure d'enrayer la démarche des citoyens et des leaders de St-Étienne-des-Grès. Le positionnement de certains acteurs peut effectivement menacer le développement d'un projet tel que celui de la Coop-Santé Les Grès. Mais l'analyse comparative du discours de certains de ces acteurs, versus leur implication et leur impact réels, renforce la nécessité d'adopter un mode de gestion des parties prenantes dans le cas de la mise sur pied de coopératives de services de santé au Québec.

2. Transferts possibles

Les apprentissages positifs et les leçons à tirer de l'expérience de la coopérative de services de santé de St-Étienne-des-Grès sont, à notre avis, à prendre en considération dans le cas de la mise sur pied d'une organisation similaire. Sans qu'il s'agisse d'une recette à appliquer telle quelle, nous croyons que les promoteurs de projets coopératifs dans le secteur des services de santé auraient beaucoup à gagner en prenant compte des constats réalisés lors d'expériences antérieures.

D'autre part, la présente recherche portait sur le rôle de la gestion des parties prenantes dans la mise sur pied d'une coopérative de services de santé au Québec. Le modèle suggéré par Donaldson et al. (1995) nous a permis de décortiquer l'évolution du projet de St-Étienne-des-Grès et nous amène à reconnaître que les efforts déployés par les promoteurs et les dirigeants de la coopérative ont définitivement porté fruit. Toutefois, à la lumière de l'analyse descriptive et comparative du cas de la Coop-Santé Les Grès, certaines améliorations au modèle théorique utilisé pourraient être apportées. Dans cette deuxième partie du présent chapitre, nous proposerons un modèle de gestion des parties prenantes représentant plus fidèlement l'implication de toutes les parties dans un contexte de démarrage de coopérative de services de santé.

Les modifications suggérées tiennent compte des apprentissages et des leçons que nous venons d'exposer. Nous croyons que d'autres recherches exploratoires et empiriques seraient à réaliser pour déterminer si les changements que nous proposons sont judicieux et prennent effectivement compte de la réalité vécue dans le domaine sociosanitaire au Québec.

2.1 Impacts des apprentissages

Certains apprentissages ont un impact direct sur le modèle de gestion des parties prenantes. La personnalité et la diversité des parties prenantes, l'implication des personnes charnières et la nature coopérative du projet concerné offrent de nouvelles dimensions au modèle exposé au chapitre traitant du cadre d'analyse. Plusieurs de ces apprentissages ne transparaissent pas dans le modèle de gestion des parties prenantes suggéré par Donaldson et al. (1995).

Prenons par exemple l'impact que peut avoir la diversité des acteurs impliqués dans la mise sur pied d'une coopérative. Le modèle de Donaldson et al. souligne clairement l'importance de considérer l'apport du gouvernement, de la communauté, des groupes de pression ou des regroupements professionnels. Leur expérience et leur apport peuvent être aussi significatifs que celui des clients, des investisseurs, des fournisseurs et des employés. Or, cette diversité implique nécessairement plus de communication et plus d'interrelations entre les parties prenantes. Rappelons à ce sujet que Wicks et al. (1994) soulignent l'importance de la communication comme moyen permettant de générer des décisions stratégiques nécessaires à l'avancement du projet et à la satisfaction des intérêts des acteurs impliqués. L'expérience de la mise sur pied de la coopérative de St-Étienne-des-Grès nous apprend effectivement qu'il n'existe pas que des relations entre chaque acteur et les promoteurs du projet, mais aussi entre une majorité de parties prenantes impliquées. Au chapitre 5, nous

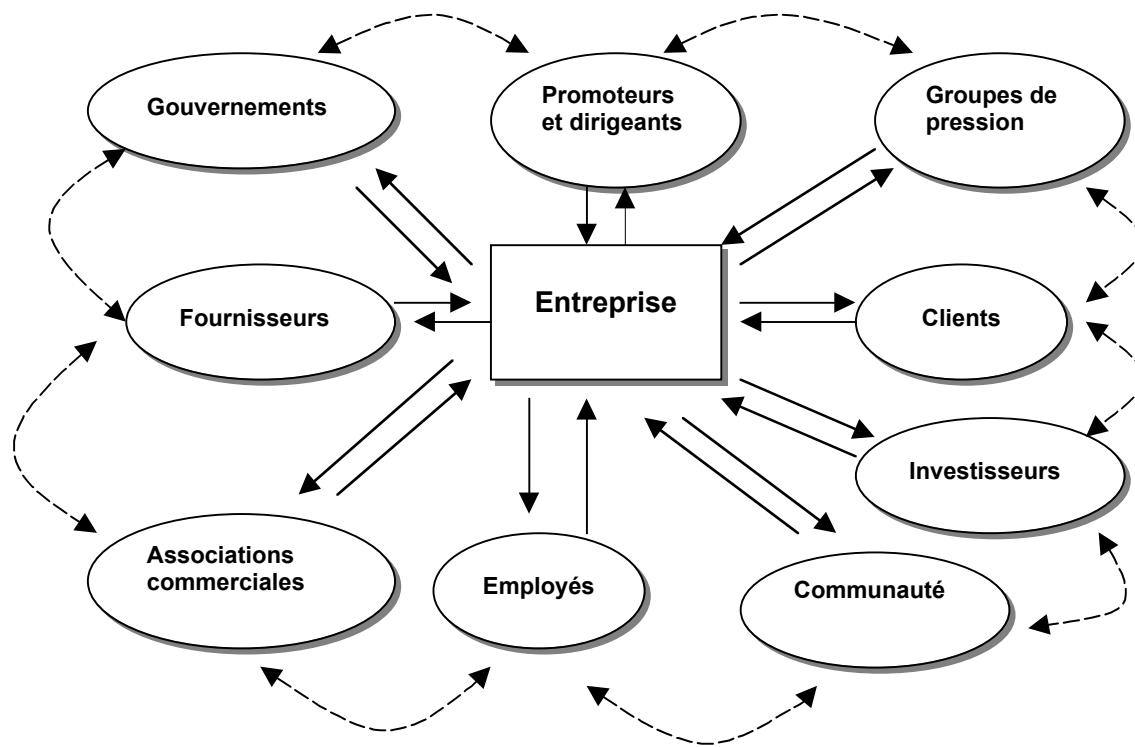
avons constaté qu'au-delà des relations qu'entretiennent chaque partie avec les promoteurs du projet, il existe aussi des relations plus ou moins étroites entre les acteurs, telles qu'entre le MSSS et le MICST, la communauté et les investisseurs, les investisseurs et les associations de professionnels, etc. Nous croyons donc que le modèle de gestion des parties prenantes de Donaldson et al. pourrait être bonifié de cette réalité.

D'autre part, le modèle de gestion des parties prenantes exprime, sous forme schématique, les relations qu'entretiennent les parties prenantes avec l'entreprise. Les promoteurs et les dirigeants font implicitement partie de cette « entreprise ». Nous avons cependant appris de l'étude de cas que les promoteurs et les dirigeants sont aussi des parties prenantes actives dans le projet de la coopérative de services de santé. Leur détermination et leur créativité ont permis de mettre sur pied la coopérative ; leur implication est donc aussi importante que celle des autres parties prenantes. En contrepartie, les promoteurs et les dirigeants ont aussi des intérêts à satisfaire. S'ils ont investi temps et énergie dans ce projet, ils ont aussi tenté de tirer profit de cette implication. Leurs intérêts étaient à la fois d'être reconnus par les autres parties pour le leadership qu'ils ont su mettre à contribution dans la mise en œuvre de ce projet, mais aussi d'être reconnus pour l'expérience acquise tout au long du développement de la coopérative. D'autres, en tant que promoteurs, souhaitaient devenir dirigeants afin de continuer d'être au centre des questions de développement de la coopérative. Si les promoteurs et les dirigeants sont effectivement des parties prenantes, toutes aussi importantes que les autres, il serait important de les inclure comme acteurs ayant eux aussi des relations avec le projet d'entreprise.

A la lumière de ces remarques, nous proposons un nouveau schéma exposant l'implication des parties prenantes dans le démarrage et le développement d'une coopérative de services de santé. Notons tout de même que la représentation graphique du modèle des parties prenantes ne peut exposer à elle seule la complexité des rapports de forces, des relations de pouvoir et de l'influence de certaines dynamiques issues de l'environnement externe (historique du projet, conjoncture, dynamique concurrentielle, etc.) et interne (impact d'une personne charnière, dynamiques informelles, etc.).

2.2 Nouveau modèle des parties prenantes

FIGURE 3
Modèle de l'entreprise : Nouveau modèle des parties prenantes



La figure 3 présente donc quelques aménagements qui tiennent compte des apprentissages effectués au cours la présente recherche. A la différence de la figure 2 présentée au chapitre traitant du cadre d'analyse, le présent modèle comprend, entre autres, un acteur supplémentaire, soit les promoteurs et les dirigeants de la coopérative. Ces acteurs, au même titre que les autres parties prenantes, participent à la dynamique relationnelle entretenue avec l'organisation. Cette partie investit temps, énergie et expertise et s'attend, en retour, à recevoir la reconnaissance et l'espace nécessaire pour continuer d'être actif une fois l'organisation mise en marche. Ainsi, comme Donaldson et al. (1995) le suggèrent dans la figure 2 présentée au premier chapitre, tous les acteurs du modèle des parties prenantes qui ont des intérêts légitimes, peu importe leur priorité vis-à-vis de l'entreprise, reçoivent une rétribution égale. Cette égalité est représentée par une uniformité des formes et des flèches indiquant la relation qui existe entre chaque partie et l'entreprise.

D'autre part, les flèches pointillées ont été ajoutées pour souligner l'existence d'une interrelation entre toutes les parties prenantes impliquées dans le projet. Elles ne représentent pas un rapport exclusif avec les parties directement voisines mais avec tous les acteurs qui, de près ou de loin, s'investissent dans le projet de la coopérative. Certes, ce modèle peut représenter la dynamique présente dans le cas de la coopérative de services de santé de St-Étienne-des-Grès, mais il est de notre avis que ce modèle peut très bien se transposer dans d'autres contextes.

CONCLUSION

Au début de cette recherche, nous émettions l'hypothèse selon laquelle les promoteurs de projets de coopératives de services de santé au Québec éprouvent des difficultés à démarrer et à développer leurs entreprises parce qu'ils ne sont pas en mesure de concilier et satisfaire les besoins et intérêts de toutes les parties prenantes. Comme nous le savons, la conjoncture actuelle dans le domaine sociosanitaire explique en bonne partie le manque d'initiatives collectives dans le secteur des soins et des services de santé. Pour plusieurs, ce contexte est loin d'être favorable à la mise sur pied de coopératives de services de santé. Pris au cœur des débats sur le financement des services de santé, sur la répartition des services sur le territoire, sur l'allocation des ressources nécessaires à la satisfaction des besoins de la population, sur le rapport public-privé, force nous est de reconnaître que le modèle de coopérative de services de santé n'est pas encore considéré comme une solution alternative populaire aux besoins de services de proximité.

Pourtant, il existe des initiatives telle que celle de St-Étienne-des-Grès qui ont fini par voir le jour et qui connaissent aujourd'hui un certain succès. Les tumultes du secteur de la santé ne justifient donc pas à eux seuls le manque d'initiatives collectives en matière de soins et de services de santé. C'est pour cette raison que nous avons supposé que la dynamique relationnelle entre les acteurs joue un rôle clef dans le succès que peut connaître un projet coopératif dans le domaine sociosanitaire. En d'autre termes, nous avons considéré que la satisfaction des intérêts et des besoins des parties prenantes impliquées dans un projet coopératif est aussi, sinon plus, déterminante que le contexte socio-politique dans laquelle l'initiative s'inscrit. Toutefois, nous tenons à souligner que la gestion des parties prenantes n'est pas nécessairement garante d'un succès puisqu'elle ne permet pas à elle seule de répondre à toutes le contraintes qui sont imposées et auxquelles il importe de répondre pour en arriver à mettre sur pied une coopérative dans le secteur de la santé et des services sociaux au Québec.

A la lumière de la présente recherche exploratoire, nous comprenons mieux le rôle que joue la gestion des parties prenantes dans la mise sur pied d'une coopérative dans le domaine sociosanitaire au Québec. L'analyse descriptive du cas de la coopérative de services de santé de St-Étienne-des-Grès nous a effectivement permis de démontrer que l'implication de la majorité des acteurs influents était primordiale à l'achèvement du projet. Sans la

participation de ceux-ci et sans la satisfaction de leurs intérêts, l'initiative des citoyens de St-Étienne-des-Grès n'aurait probablement jamais vu le jour. Non seulement le projet a connu un franc succès, mais il est le résultat concret d'un travail concerté où l'apport de chaque acteur ne pouvait qu'enrichir la démarche. Pour démontrer que cette réussite est effectivement due à la convergence des parties impliquées, nous avons eu recours à une analyse comparative du discours officiel des acteurs concernés et leur investissement réel dans le projet de St-Étienne-des-Grès. Cette analyse comparative nous a permis de démontrer que c'est dans l'action qu'il est possible de rallier toutes les parties. Si le discours officiel est un aspect dont il faut tenir compte lors de l'approche des différents acteurs, il semble que ce soit au cours des négociations et lors de la réalisation concrète du projet que les parties finissent par se compromettre. Le défi pour les promoteurs est donc de bien comprendre les besoins de chaque acteur clef afin de déterminer comment il est possible que le projet en arrive à satisfaire leurs attentes. Le recours à la gestion des parties prenantes s'est avéré un moyen concret de faire émerger des solutions satisfaisantes et de concilier les intérêts de chaque partie impliquée.

L'émergence de la coopérative de services de santé de St-Étienne-des-Grès est donc le résultat d'un processus créatif où se sont rassemblés des représentants de différents secteurs motivés par le projet et déterminés à bénéficier des relations construites et développées dans le cadre de cette initiative. Comme le souligne M. Konaté et al. (1999) : « *Établir des relations de confiance constitue la base de la collaboration entre les partenaires [...] le fil conducteur du processus.* »⁹² Ce rapport de confiance et de satisfaction mutuelle est propre à la gestion des parties prenantes et colle particulièrement bien aux principes et valeurs des entreprises coopératives. En effet, le fonctionnement de la coopérative de services de santé dépend grandement de son rayonnement au sein de la collectivité et d'une bonne gestion de la vie démocratique de l'organisation. La présente recherche exploratoire nous a permis de démontrer que cette cohésion est renforcée et stimulée par l'implication d'une diversité significative de parties ouvertes et motivées à partager leur expertise. D'autre part, l'évolution de la coopérative de services de santé dépend grandement de son système interne de communication et de ses relations avec d'autres acteurs offrant des services et des soins complémentaires tels que les CLSC. Là encore, une bonne maîtrise de la gestion des parties prenantes implique nécessairement une diffusion de l'information au sein de l'organisation et entre les acteurs impliqués, mais appelle aussi à un partage de connaissances et d'expertises avec d'autres entités de la scène locale.

⁹² KONATÉ, M., SIMARD, P., GILLES, C., CARON, L., *Sur les petites routes de la démocratie*, Les Éditions Écosociété, Montréal, 1999, p. 147.

De toute évidence, bien peu de dirigeants et de promoteurs d'entreprises coopératives ont recours consciemment à la gestion des parties prenantes. Nous croyons néanmoins que cette compétence *manageriale* est fondamentale au sein des organisations collectives et, à plus forte raison, au sein des projets de coopérative de services de santé au Québec. Il est donc de notre avis que d'autres recherches soient menées sur différentes dimensions de la gestion des parties prenantes.

En effet, à la lumière des résultats de la présente recherche, plusieurs pistes de réflexions sont apparues et nous croyons que certains de ces sujets feraient facilement l'objet de recherches approfondies. D'abord, il serait intéressant de valider les apprentissages et les leçons que nous avons tirées de l'étude du cas de la coopérative de services de santé de St-Étienne-des-Grès. La personnalité et la diversité des parties impliquées dans la mise sur pied d'une coopérative a-t-elle effectivement un impact sur la dynamique de la gestion des intérêts et sur la détermination nécessaire pour surmonter les obstacles systémiques qui se présentent tout au long de l'évolution du projet ? Le modèle de gestion des parties prenantes s'avère-t-il aussi important dans d'autres projets de coopératives intervenant dans le domaine sociosanitaire au Québec ? Enfin, le modèle adapté de gestion des parties prenantes, tel que nous le soumettons au chapitre traitant des apprentissages et des transferts, est-il approprié aux réalités vécues au sein de coopératives répondant au même type de besoins que celle de St-Étienne-des-Grès ?

D'autre part, la présente recherche ouvre aussi la porte à de nouveaux champs de connaissances qui sont reliés de près ou de loin au concept de gestion des parties prenantes. Les membres du sous-comité du développement coopératif dans le domaine de la santé issu du Conseil de la coopération du Québec avaient organisé, en octobre 1998, une journée d'étude sur la place et le développement des entreprises coopératives au Québec. Ce comité n'est plus actif et pourtant il semble que les besoins soient croissants dans différents secteurs des services et des soins de santé. Les questions de partage des rôles entre le secteur public et privé sont d'actualité. Le développement de services de proximité, la place des organisations collectives, leur gestion par les citoyens sont donc des sujets à développer.

Puisque la gestion des parties prenantes repose sur un réseau efficace de communication entre les acteurs impliqués, nous nous sommes aussi posés la question de la place et de l'impact des nouvelles technologies de l'information dans le travail de « ficelage », de convergence des activités de chaque partie ainsi que dans la stimulation de la vie démocratique au sein des entreprises coopératives. De façon plus globale, comment ces nouveaux outils d'information et de communication peuvent-ils servir à partager les

expériences et les compétences de gestion des parties prenantes à l'intérieur même d'une organisation comme à d'autres organisations de même nature ?

Enfin, toujours dans une perspective de gestion des parties prenantes, il est intéressant de se demander comment ce mode de concertation peut renforcer la prise en charge et la capacité de gestion du bien commun par les citoyens. Dans un contexte de privatisation des services et des soins de santé, il devient impératif de se poser la question de la perte du droit d'accès universel et gratuit à des services de santé adéquats. La gestion des intérêts et des besoins des parties prenantes au sein d'une entreprise coopérative favorise-t-elle la prise en charge et la création de nouveaux modèles d'organisation, adaptés aux attentes des citoyens dans un contexte politique et socioéconomique donné ?

En conclusion, la présente recherche exploratoire nous a permis de comprendre l'impact qu'a pu avoir le principe de gestion des parties prenantes sur la mise sur pied et le développement de la coopérative de services de santé de St-Étienne-des-Grès. A partir d'une démarche rigoureuse, nous avons fait la démonstration que les promoteurs et les dirigeants de la Coop-Santé Les Grès ont implicitement inclus plusieurs acteurs généralement marginalisés dans le développement d'une entreprise. En effet, les gouvernements, les organismes de pression, la communauté ou les regroupements professionnels ne sont que très rarement impliqués dans le développement d'une entreprise si ce n'est qu'à titre de référence ou de source ponctuelle d'information. L'implication de ces parties prenantes a permis de mieux comprendre et de mettre à contribution l'expertise de chacun afin de répondre aux besoins exprimés par la population de St-Étienne-des-Grès. Bien que nous croyons qu'il aurait été intéressant de comparer l'impact de la gestion des parties prenantes sur le développement de la coopérative de St-Étienne-des-Grès avec un autre projet de même nature au Québec, nous avons tout de même démontré de façon efficace l'effet que peut avoir le travail de satisfaction des besoins et des intérêts de toutes les parties prenantes impliquées dans le projet.

Le domaine de la santé est en pleine transformation au Québec et ailleurs dans le monde. A l'heure de la déréglementation des États et de la privatisation accélérée des services publics, il convient de se demander quel rôle peuvent jouer les organisations coopératives. Leur structure, favorisant une implication plurielle d'une riche diversité d'acteurs, nous pousse à croire que les promoteurs d'entreprises coopératives auraient tout à gagner d'un développement plus pro-actif de ce type d'organisation dans le domaine sociosanitaire au Québec. Pour ce faire, nous croyons que le développement et le renforcement des compétences en gestion des parties prenantes est essentiel et devrait faire partie des priorités de tout promoteur de projets coopératifs dans le domaine sociosanitaire au Québec.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ANCTIL H. et BÉLANGER, L. *Rapport d'évaluation sur la place des entreprises d'aide domestique du secteur de l'économie sociale dans les services à domicile*, État de situation et pistes de solution, Québec, Direction des communications du ministère de la santé et des services sociaux, 2000, 54 p.

ANGUS, D.E., MANGA, P., Efficacité des modèles de prestation coopératifs/communautaires des soins de santé, Association des coopératives canadiennes, Ottawa, 1990, 85 p.

ARA, G., COP 626, *Introduction aux études de marché, notes pédagogiques*, IRÉCUS, Université de Sherbrooke, 1998.

ASSEMBLÉE NATIONALE, *Loi sur les coopératives*, L.R.Q., chapitre C-67.2, Éditeur officiel du Québec, 1999, 73 p.

BOIVIN, I. FILION, J., *La Coop-santé Les Grès*, École des HEC, dans Organisation et territoires, Chicoutimi, vol 10, numéro 3, automne 2001, pp. 61 à 72.

BOULIANNE, E., *Élaboration d'un modèle de la performance organisationnelle fondé sur la théorie des parties prenantes : revue de littérature, et proposition de validation*, Rapport théorique, École des HEC, Montréal, 1997, 101 p.

BRIDAUT, A., *Gérer la vie démocratique d'une coopérative*, Les guides pratique Orion, Collection « gestion d'une coopérative », Numéro 1, Orion, Québec, 1998, 138 p.

CDÉC et SLD de Montréal, *Partenaires de votre succès*, Trousse d'information.

CENTRALE DES SYNDICATS DU QUÉBEC, Commission d'étude de la CSQ, *Pour en finir avec la grande débâcle en santé et services sociaux*, Mémoire présenté à la Commission d'étude des services de santé et des services sociaux, <http://www.ceq.qc.ca/fiche87/fiche496.html> , (juin 2001)

CENTRE DE GESTION DES COOPÉRATIVES, *L'entrepreneurship coopératif : une réponse aux défis actuels et à venir : regard sur diverses expériences récentes au Québec*, Cahier du participant, Chaire d'entrepreneurship Maclean Hunter, HEC, Montréal, 1997, 114 p.

CENTRE DE GESTION DES COOPÉRATIVES, *L'entrepreneurship coopératif : une réponse aux défis actuels et à venir : regard sur diverses expériences récentes au Québec*, Cahier du participant cas, Chaire d'entrepreneurship Maclean Hunter, HEC, Montréal, 1997, 42 p.

CLARKSON, M.B.E., (1995), “A Stakeholder Framework for Analysing and Evaluating Corporate Social Performance”, *Academy of Management Review*, vol. 20 (1), p. 92-117.

COMEAU, Y. et GIRARD, J.P. *Analyse comparative de différents types d'organismes offrant des services de première ligne en matière de santé*, Cahier de recherche, (no. 0997-086), Chaire de coopération Guy-Bernier (UQAM), Montréal, 1997, 46 p.

COMEAU, Y. et GIRARD, J.P. *Les coopératives de santé dans le monde : une pratique préventive et éducative de la santé*, Cahier de recherche, (no. 0396-074), Chaire de coopération Guy-Bernier (UQAM), Montréal, 1996, 138 p.

COMEAU, Y., GIRARD, J.P., *Une comparaison entre divers établissements se services de première ligne en santé au Québec (Canada)*, dans Annales de l'économie publique sociale et coopérative, CIRIEC, Blackwell publishers, Oxford Angleterre, 2000, Vol. 71, No 3, p. 319-345.

CONFÉDÉRATION DES SYNDICATS NATIONAUX, Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, *Non à la privatisation ! Les services de santé et les services sociaux sont partie intégrante du bien commun*, Mémoire de la Confédération des syndicats nationaux, <http://www.csn.qc.ca/Memoires/Clair/MemCSNClairFrSet.html>, (octobre 2001).

CONFÉRENCE DES SYNDICATS NATIONAUX, *la CSN et le Chantier d'économie sociale demandent au gouvernement d'investir dans les services de première ligne*, <http://www.csn.qc.ca/pageshtml/commdec00.html>, (juillet 2000).

CONSEIL DE LA COOPÉRATION DU QUÉBEC, *Actes de la journée d'étude du 8 octobre 1998 sur le développement coopératif dans le domaine de la santé*, Lévis, Conseil de la coopération du Québec, 65 p.

CONSEIL DE LA COOPÉRATION DU QUÉBEC, *Actes de la journée d'étude du 8 octobre 1998 sur le développement coopératif dans le domaine de la santé*, Lévis, 65 p.

CONSEIL DE LA COOPÉRATION DU QUÉBEC, *Tendances et défis Rapport annuel 1999*, Québec, avril 2000, 20 p.

DONALDSON, T., PRESTON, L.E. (1995) "The Stakeholder Theory of the Corporation : Concepts, Evidence and, Implications" *Academy of Management Review*, vol. 20 (1), p. 65-91.

FÉDÉRATION DES COOPÉRATIVES DE DÉVELOPPEMENT RÉGIONAL, *Le réseau des coopératives de développement régional du Québec*, Québec, 2000, 20 p.

FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC, *Les médecins de famille s'inquiètent de l'accessibilité aux soins, selon les résultats d'un sondage pan-canadien*, Montréal, <http://www.fmq.org> (novembre 2001)

FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC, *Mémoire à la commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, résumé*, <http://www.fmq.org/planification/pdf/clairesume.pdf>, (novembre 2001).

FÉDÉRATION DES MÉDECINS RÉSIDENTS DU QUÉBEC, *Synthèse du mémoire de la Fédération des médecins résidents du Québec (FMRQ) déposé dans le cadre de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (CESSSS)*, http://www.fmrq.qc.ca/f-commission_clair.htm, (novembre 2001)

FREDERICK, J.A. et FAST, J.E. *Le profil des personnes qui prodiguent des soins aux aînés*, Statistiques Canada : Tendances sociales canadiennes, (no 11-008), 1999, pp. 29 à 33.

FREEMAN, R.E. and REED D.L. (1983) tiré de SLOAN, P. (2000), " Stakeholders and the Enterprise Concepts Theories and Streams of Scholarship " Theory Paper, HEC, Montreal, 89 p.

GARON, I. « Le développement des coopératives de services de santé au Québec : les conditions de création et d'émergence », Mémoire, IRECUS, (Université de Sherbrooke), 1997, p.107.

GEORGE, S., *Remettre l'OMC à sa place*, ATTAC, Édition Mille et une nuits, Paris, 2001, 110 p.

GIRARD, J.P. *État de la disponibilité des services de santé au Québec, une réflexion sur la contribution de modèles d'entreprises collectives à un virage santé par et pour les citoyens, Sonde été 1996*, Chier de recherche, (no. 081), Chaire de coopération Guy-Bernier (UQAM), Montréal, 1997, 40 p.

GIRARD, J.P. *Les coopératives dans le domaine sociosanitaire au Québec : état de la situation*, Cahier de recherche, Montréal, Chaire de coopération Guy-Bernier (UQAM), 2000, 43 p.

GIRARD, J.P., "Co-op Activities in the Health and Social-Care Sector in Québec Overview and Challenge", dans CENTER FOR THE STUDY OF COOPERATIVE, "Canadian Co-operatives in the Year 2000", University of Saskatchewan, 2000, 341 p.

GIRARD, J.P., *Les coopératives sociales italiennes : description et éléments de réflexion sur le contexte québécois*, Chaire de coopération Guy-Bernier, Cahier de recherche # 115, UQAM, Montréal, 2000, 43 p.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, Conseil de la santé et du bien-être, *Évolution des rapports public-privé dans les services de santé et les services sociaux*, Québec, 1997.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, Ministère de l'industrie et du commerce, Direction des coopératives, www.mic.gouv.qc.ca/coopératives/DCCOOP.html, (novembre 2001)

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, Ministère de l'industrie et du commerce, Direction des coopératives, *politique de développement des coopératives, Sommaire et question*, Québec, 2000, 19 p.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, Ministère de la santé et des services sociaux, *Rapport annuel 1999-2000*, Direction des communications du ministère de la santé et des services sociaux.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, Ministère du conseil exécutif, Le secrétariat du Sommet sur l'économie et l'emploi, *Position gouvernementale sur la place des entreprises en matière de soins de santé*, (1999), <http://www.mce.gouv.qc.ca/economiesociale/html/sant%E9.html>, (août 2001).

HLADY-RISPAL, M., *Une stratégie de recherche en gestion : l'étude de cas*, dans La Revue Française de Gestion, No. 127, Paris, 2000, p. 61 à 70.

KONATÉ, M. SIMARD, P., GILLES, C., CARON, L., Sur les petites routes de la démocratie, Les Éditions Écosociété, Montréal, 1999, 157 p.

LEE, M., *À l'intérieur de la forteresse : les enjeux des négociations sur la ZLÉA*, Centre canadien de politiques alternatives, Ottawa, 2001, 56 p.

LUCAS, Mario., *COP 623 Le leadership pratiqué*, notes de cours, IRÉCUS, Université de Sherbrooke, 2001.

MARTEL, D., *COP 602, Décision financière dans une coopérative*, notes de cours inédites, IRÉCUS, Université de Sherbrooke, 2000.

MAXWELL, J.A., *Designing a Qualitative Study*, dans *Handbook of Applied Social Research Methods*, L. Bickman & D.J. Rog Sage Pub., 1997, p.69 à 100.

MITROFF, I. (1983) Stakeholders of the Organizational Mind, Toward New View of Organizational Policy Making, Jossey-Bass Publishers, San Francisco, 179 p.

MURPHY, Brian K. De la pensée à l'action, la personne au cœur du changement, Les Éditions Écosociété, Montréal, 2001, 207 p.

OMER-KASSIN, Y., *Projet pilote dans le secteur des services de maintien à domicile, étude de pré faisabilité*, CDÉC Centre-Nord, Montréal, 2001, 43 p.

OPÉRATION SALAMI, *De l'ALÉNA à la ZLÉA, vers un nouvel AMI ? Les enjeux du « libre »-échange et de la Zone de libre-échange des Amériques dans le contexte de la mondialisation*, Montréal, Version 1.2, 2001, 108 p.

PRÉVOST, Paul, *Entrepreneurship et développement local, Quand la population se prend en main*, Collection entreprendre, Les éditions Transnationales, 1993, 198 p.

REGROUPEMENT DES AIDANTES ET AIDANTS NATURELS DE MONTRÉAL, *L'entourage*, Cahier d'information et de sensibilisation, p. 5.

SLOAN, P., (2000), "Stakeholders and the Enterprise Concepts, Theories and, Streams of Scholarship", Theory Paper, École des HEC, Montreal, 89 p.

ST-PIERRE, MAJELLA, *Notes de cours inédites*, Québec, 2000, 10 p.

THÉRIAULT, N., A l'heure des choix, Le Devoir, cahier F santé, Montréal, 17 et 18 novembre 2001.

WICKS, A.C., D.R. GILBERT, Jr., and R.E. FREEMAN (1994), "A feminist Reinterpretation of the Stakeholder Concept", Buisness Ethics Quarterly, pp. 475-497.

YEWLETT.C.J.L., POWER, J.M., FRIEND, J.K., "Public planning : the inter-corporate dimension", Tavistock Publications, London, 1974, 534 p.

ANNEXE 1

Grille d'entrevue pour l'essai

L'implication des parties prenantes dans le développement de la coopérative de santé Les Grès.

Notes : Toutes les questions présentes dans cette grille d'entrevue ne sont pas nécessairement posées aux personnes rencontrées lors de l'entrevue. En fait, elles servent plutôt de repère pour le chercheur. Dans le cadre d'une entrevue de type semi-dirigée, il convient de poser quelques questions ouvertes qui inviteront l'intéressé à discuter de son expérience vis-à-vis le projet de St-Étienne-des-Grès. Il incombe donc au chercheur d'être flexible et perspicace afin de s'assurer que l'ensemble des thématiques soient abordées au cours de l'entrevue.

Consignes :

- L'entrevue sert à réaliser l'étude du cas de la coopérative de santé Les Grès et à relever l'implication de chaque acteur dans le projet ;
- L'identité des personnes rencontrées peut rester confidentielle si celles-ci le demandent, aucun verbatim ne sera publié dans le cadre de la recherche ;
- L'entrevue devrait durer environ une heure ;
- Les propos seront enregistrés afin d'assurer une utilisation fidèle de ces derniers et une utilisation judicieuse dans le cadre de la recherche.

La personne rencontrée

- ❖ Actuellement, quels sont vos rôles et responsabilités ?
- ❖ Depuis quand êtes-vous au sein de l'organisation (travail) ?
- ❖ Aviez-vous ces fonctions lors du démarrage de la coopérative de santé Les Grès en 1995 ?
 - Si non, quelles étaient vos fonctions à l'époque ?
- ❖ Etes-vous toujours impliqué, d'une façon ou d'une autre, dans la coopérative de santé ?

Questions d'ordre général

- ❖ Dans quel contexte s'inscrivait la mise sur pied de la coopérative de St-Étienne-des-Grès ?
- ❖ D'après vous, quelles sont les raisons qui motivent le choix d'une coopérative de services de santé plutôt que celui d'une polyclinique privée ?
- ❖ Y a t'il un lien à faire entre le désengagement de l'État (virage ambulatoire, politique de déficit zéro) et l'émergence d'une coopérative de services de santé ?
- ❖ Qu'est-ce qui explique le succès de la coopérative de santé Les Grès ? Quelle lecture en faites-vous ?

Intérêts de la partie prenante interviewée

- ❖ Pour quelle(s) raison(s) vous êtes-vous impliqué dans le projet de St-Étienne-des-Grès ?
- ❖ Quel était alors votre rôle dans le démarrage et le développement du projet ?
- ❖ Quels étaient les intérêts ou les besoins que vous éprouviez à l'égard de l'organisation ?
- ❖ Comment ces intérêts pouvaient-ils être satisfaits par la coopérative de santé ?
- ❖ Ces intérêts étaient-ils avantageux ou désavantageux pour la coopérative ? Pourquoi ?
- ❖ Comment ces intérêts ou besoins ont influencé l'évolution du projet de la coopérative ?
- ❖ Votre position face au projet a-t-elle changé tout au long de votre implication ?

Les promoteurs

- ❖ Comment avez-vous défendu vos intérêts ou besoins auprès des promoteurs ?
- ❖ Les promoteurs ont-ils tenu compte de vos besoins et de vos intérêts ?
 - Si oui, comment ?
 - Si non, pourquoi ?
- ❖ Selon vous les promoteurs ont-ils réussi à concilier les intérêts de toutes les parties impliquées ?
 - Si oui comment ?
 - Si non, pourquoi ? Aurait-il été possible de trouver un compromis ?

Les autres parties prenantes

- ❖ Qui sont les autres acteurs impliqués (en faveur ou en défaveur) dans l'émergence du projet ?
- ❖ Quels étaient leurs rôles respectifs face au projet ?
- ❖ Au meilleur de vos connaissances, quels étaient les intérêts qui motivaient ces parties à s'impliquer ou non dans le projet ?
- ❖ Leurs intérêts ou besoins allaient-ils à l'encontre des vôtres ?
- ❖ Comment avez-vous défendu vos intérêts auprès des autres parties prenantes ?

La structure organisationnelle

- ❖ Le modèle coopératif permet-il une plus grande implication des parties prenantes qu'une polyclinique privée ? Si oui, comment ? Si non, pourquoi ?
- ❖ Est-ce que vous considérez que la structure organisationnelle et les politiques de gestion de la coopérative permettent aux gestionnaires et aux promoteurs de tenir compte de la position de chaque partie prenante ?
- ❖ Comment évaluez-vous le processus de consultation des différentes parties ?

- ❖ Comment évaluez-vous le système de communication de l'évolution du projet de la coopérative ?
- ❖ Considérez-vous que l'information communiquée quant à l'évolution du projet vous permettait d'apprécier si vos intérêts étaient toujours respectés ?

Partage du pouvoir

- ❖ Est-ce que vous considérez que le partage du pouvoir est équitable au sein de la coopérative ?
- ❖ Pourrait-il être amélioré ? Si oui, comment ? Si non, pourquoi ?
- ❖ Êtes-vous satisfaits de votre participation dans la gestion du projet ?
- ❖ Votre participation aurait-elle pu prendre d'autres formes ? Comment cela aurait-il influencé l'évolution du projet ?

L'avenir de la coopérative

- ❖ Est-ce que vous considérez que ce modèle coopératif devrait être reproduit au Québec ?
- ❖ Quels changements seraient à apporter au modèle de St-Étienne-des-Grès pour qu'il soit exportable ?
- ❖ Quels impacts la mise en place d'un système de médecin de famille (principale proposition de la Commission Clair) aura-t-il sur l'évolution de la coopérative ?
- ❖ Seriez-vous d'accord que la coopérative augmente son panier de services offert à la population ?

En résumé

- ❖ Quelles ont été les embûches au développement de la coopérative Les Grès ?
- ❖ Quels ont été les succès de cette coopérative ?
- ❖ Après quelques années d'évolution de la coopérative, quelle est votre position face à cette dernière ?
- ❖ Si l'expérience était à recommencer que devrions-nous retenir de l'expérience de St-Étienne-des-Grès ?