

RAPPORT FINAL

***Les coopératives et le développement des services de santé en Estrie :
Une recherche exploratoire en vue de l'implantation d'un
Système local d'innovation coopérative en santé (SLICS)***

SOU MIS À

M. Janvier Cliche
Directeur général
Coopérative de développement régional (CDR) de l'Estrie

PAR

NISKA
COOPÉRATIVE DE TRAVAIL SANS BUT LUCRATIF



SHERBROOKE

25 août 2009

NOTES :

- Dans ce document, le terme « santé » inclut les notions de santé et de bien-être des individus tandis que celui de « services de santé » inclut le volet des services sociaux.
- Dans ce document, et selon la situation, le masculin n'est utilisé que pour alléger le texte.

**Ce document est une production de la Coopérative de travail NISKA
et de ses collaborateurs**



Équipe de projet :

**Karl Lussier, coordonnateur
Paul Prévost, directeur scientifique**

**Dicko Baldé, collaborateur
Sabrina Paquin, collaboratrice
Joël Bolduc, collaborateur**

Pour nous joindre :

Téléphone / télécopieur : 819-340-6123

Courriel : karl.lussier@niskacoop.com

Site: www.niskacoop.com

***NISKA** est une coopérative de travail issue d'un groupe de chercheurs et de praticiens de la gestion du développement local et durable. Au cours des dernières années, cette équipe a réalisé bon nombre de mandats pour des ministères et organismes gouvernementaux, des organismes de développement local et régional, des entreprises collectives et des organismes municipaux.*

***NISKA** regroupe des membres et des collaborateurs provenant de divers horizons professionnels, ce qui lui permet de répondre à des besoins variés et complexes. Les membres forment une coopérative de travail dont le but est d'accompagner les organisations et les collectivités dans la poursuite et l'amélioration du bien-être collectif.*

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES	4
1. LE MANDAT OCTROYÉ À NISKA	5
2. LE CADRE DE TRAVAIL POUR LA RECHERCHE	7
2.1 LES ÉTUDES DE CAS (COOPÉRATIVES)	7
2.2 L'ANALYSE COMPARATIVE DES PROJETS CLINIQUES (RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES - RLS)	8
3. LES COOPÉRATIVES ET LA SANTÉ : APPRENTISSAGES À PARTIR D'EXPÉRIENCES VÉCUES	10
3.1 QUELQUES CONSTATS	10
3.2 TROIS DYNAMIQUES DE DÉVELOPPEMENT DES COOPÉRATIVES	16
3.3 LA CONTRIBUTION DES COOPÉRATIVES À LA SANTÉ DES GENS... ..	17
4. LES RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES ET LA FORMULE COOPÉRATIVE	18
4.1 PRÉSENTATION DES PROJETS CLINIQUES	18
4.2 PRIORITÉS DES RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES (RLS)	19
4.3 LES RLS ET LE DÉVELOPPEMENT COOPÉRATIF EN ESTRIE	23
5. DÉFIS ET POTENTIALITÉS POUR LE DÉVELOPPEMENT COOPÉRATIF EN ESTRIE	25
5.1 DÉFI DE LA PERTINENCE (NIVEAU STRATÉGIQUE)	25
5.2 DÉFI DU PARTENARIAT AVEC LES CSSS (NIVEAU TACTIQUE)	32
5.3 DÉFI DE LA COMPLÉMENTARITÉ ET DE L'INTÉGRATION AUX RLS (NIVEAU OPÉRATIONNEL)	33
6. DISPOSITIF POUR LE DÉVELOPPEMENT COOPÉRATIF EN ESTRIE : UNE DÉMARCHÉ DE RÉSEAUTAGE	34
7. RECOMMANDATIONS	35
8. CONCLUSION	38
RÉFÉRENCES	39
ANNEXES	40

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

AGA	Assemblée générale annuelle
AQESSS	Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux
ASSSE	Agence de santé et de services sociaux de l'Estrie
CA	Conseil d'administration
CAB	Comité d'action bénévole
CDR	Coopérative de développement régional
CHUS	Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
CLD	Centre local de développement
CLSC	Centre local de services communautaires
CQCM	Conseil québécois de la coopération et de la mutualité
CSDE	Coopérative de services à domicile de l'Estrie
CSSDM	Coopérative de solidarité de services à domicile Memphrémagog
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DAMU	Direction des affaires médicales et universitaires
DG	Direction générale
DI	Déficience intellectuelle
DOS	Direction de l'organisation des services
DSP	Direction de santé publique
FCHE	Fédération des coopératives d'habitation de l'Estrie
FDCEÉS	Fonds de développement et de consolidation des entreprises d'économie sociale
GRT	Groupe de ressources techniques
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la santé et des services sociaux
OBNL	Organisme à but non lucratif
OPHQ	Office des personnes handicapées du Québec
PALV	Personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement
PEFSAD	Programme d'exonération financière des services en aide domestique
PGMC	Prévention et gestion des maladies chroniques
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RLS	Réseau local de services
RRSSS	Régie régionale de santé et de services sociaux
SCHL	Société canadienne d'hypothèques et de logement
SHQ	Société d'habitation du Québec
SLICS	Système local d'innovation coopérative en santé
SST	Santé et sécurité au travail
TED	Troubles envahissants du développement
UdeS	Université de Sherbrooke

1. LE MANDAT OCTROYÉ À NISKA

D'entrée de jeu, il importe de rappeler que la Coopérative de développement régional de l'Estrie (CDR Estrie) partage la vision du Conseil québécois de la coopération et de la mutualité (CQCM) relativement à la définition de la «santé». En ce sens, le CQCM partage l'**approche de la santé** que préconise le gouvernement dans son document de consultation :

«L'état de santé et de bien-être d'une population touche non seulement les facteurs individuels (hérédité, habitudes de vie, etc.), mais également les environnements physique et social. Aussi, pour améliorer la santé de la population, il faut miser sur l'action qui engage tous les secteurs susceptibles d'exercer une influence sur la santé (emploi, revenu, éducation, environnement, etc.).»¹

D'autre part, la CDR Estrie partage la vision du CQCM relativement aux **priorités de la «santé»** :

- Préserver l'accessibilité et l'intégralité des services de santé;
- Promouvoir une réponse adéquate aux besoins des citoyens en santé;
- La prestation des services de santé ne doit pas obéir à une logique de profit, mais plutôt à celle de la satisfaction des besoins des usagers dans le respect et la reconnaissance de la contribution des professionnels de la santé.²

Dans le même ordre d'idées, la CDR Estrie soutient une **vision de la présence des coopératives** dans le domaine de la santé selon laquelle :

- le principe que l'État doit garder une responsabilité centrale sur le plan de la régulation et du financement des services de santé;
- la dispense des services de santé doit obéir à la logique de satisfaction des besoins plutôt qu'à celle des profits;
- la formule coopérative s'avère un modèle organisationnel permettant une plus grande sensibilité aux besoins des différents milieux – souplesse d'adaptation et responsabilisation des usagers et des prestataires de services.³

À la suite d'une réflexion sur la place des coopératives dans le secteur de la santé, la Coopérative de développement régional de l'Estrie (CDR Estrie) s'est donné comme priorité, en santé, les actions suivantes⁴ :

1. Animer une réflexion critique sur les enjeux du secteur de la santé en Estrie et du rôle possible du mouvement coopératif dans le maintien et l'amélioration de la santé et du bien-être de la population estrienne;

¹ Gouvernement du Québec (février 2006), *Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficience et de qualité*, document de consultation, page 15.

² CQCM, op.cit., mars 2006.

³ Jean-Pierre Girard, *La formule coopérative appliquée aux soins de santé*, coordonnateur de recherche CRISES/UQAM, membre Forum de la population, Agence de développement des réseaux locaux en santé et services sociaux.

⁴ Projet de recherche présenté par la Coopérative de développement régional de l'Estrie, novembre 2008.

2. Favoriser l'intercoopération et le réseautage entre les divers acteurs du secteur de la santé et des intervenants du mouvement coopératif concernés;
3. Sensibiliser les participants et les intervenants du secteur de la santé et des services sociaux au potentiel de la formule coopérative comme partie de la solution au maintien de l'accès à des services de santé de qualité;
4. Contribuer à l'intégration et à la responsabilisation du citoyen dans la participation active à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population estrienne.

Afin d'établir le cadre à l'intérieur duquel seraient menées ces actions, la CDR Estrie a regroupé celles-ci dans un modèle qu'elle a nommé Système local d'innovation coopérative en santé (SLICS). Avec le but de mieux définir ce à quoi pourrait ressembler un tel système, la CDR Estrie a octroyé un mandat de recherche à la Coopérative de travail Niska. Celui-ci a débuté le 20 janvier 2009.

Cette recherche se voulait donc une première étape à l'implantation d'un Système local d'innovation coopérative en santé (SLICS) en Estrie. Après discussion avec le mandataire, il a été convenu que cette première étape soit exploratoire. Au lieu de considérer cette proposition comme un système d'innovation, il y a donc eu consensus autour de la notion de réseau d'innovation à partir duquel peut se créer un dialogue, un partage d'idées et de bonnes pratiques, etc. Cette recherche exploratoire visait donc deux objectifs :

- **Identifier le potentiel de développement coopératif dans le secteur de la santé en Estrie**, répondant ainsi aux questionnements sur la place qu'occupent les coopératives actuellement et sur les liens avec le réseau de la santé en Estrie;
- **Baliser les orientations pour le développement d'un SLICS en Estrie**, soit jeter les bases d'une stratégie pour le développement coopératif dans le secteur de la santé en Estrie.

2. LE CADRE DE TRAVAIL POUR LA RECHERCHE

Afin de mener à terme cette recherche, l'équipe a utilisé deux méthodes pour la collecte et l'analyse des données, soit les études de cas et l'analyse des projets cliniques. Les études de cas visaient à documenter six expériences de coopératives existantes, ou du moins celles affichant un historique duquel pouvaient être tirées des apprentissages pertinents sur le développement d'un projet coopératif dans le secteur de la santé. Tandis que l'analyse des projets cliniques visait à mieux cerner les besoins et les potentialités des réseaux locaux de services dans chacun des sept CSSS de l'Estrie. L'annexe 1 présente l'ensemble des personnes rencontrées dans le cadre de la recherche de même que les thèmes abordés en entrevue.

2.1 Les études de cas (coopératives)

En tout, six coopératives existantes⁵ ont été documentées sous la forme d'études de cas. Celles-ci ont été sélectionnées, avec la participation du comité de suivi de la CDR Estrie, sur la base de trois critères assurant une certaine variété de situations, soit le territoire, les clientèles desservies et les services offerts. Dans cet « échantillon », la Corvée de Saint-Camille et la Coopérative santé d'Eastman constituent en quelque sorte des cas contrastés. En effet, la première a récemment cessé ses opérations du volet santé faute de financement, et ce, après neuf ans d'existence. Pour ce qui est de la deuxième, elle n'est pas encore en opération. Or, ces deux cas ont tout de même été retenus en raison du riche historique duquel pouvaient être tirées certaines leçons (Corvée de Saint-Camille) et en raison du type de services envisagés qui diffèrent des autres cas à l'étude (soins de santé à Eastman).

Les coopératives sélectionnées pour les études de cas

Coopératives	Critères de référence		
	Territoire	Clientèles	Services
Soutien à domicile de Memphrémagog	Urbain et rural	Principalement des personnes en perte d'autonomie	Prévention (soutien à domicile et services connexes)
Soutien à domicile de Sherbrooke	Urbain et rural	Principalement des aînés	Prévention (soutien à domicile et services connexes)
Habitation La Brunante (Racine)	Rural	Aînés autonomes ou semi autonomes	Prévention (habitation et services connexes)
Coopérative santé d'Eastman	Rural	Population locale	Prestation (clinique de santé)
La Corvée Saint-Camille	Rural	Population locale	Prévention (soins préventifs de santé)
Coop santé de l'Université de Sherbrooke	Urbain	Membres de la communauté universitaire (étudiants et personnel)	Promotion (outils d'éducation) et prévention (soins préventifs de santé)

Ces cas ont été documentés tout d'abord à l'aide d'entrevues réalisées auprès des promoteurs, des gestionnaires et des dirigeants des coopératives identifiées pour l'étude. Au total, huit personnes ont été sollicitées pour des entrevues semi dirigées. De multiples sources documentaires ont aussi été consultées

⁵ Une coopérative est existante du moment où celle-ci est légalement constituée.

(rapports, études, articles, etc.). Les informations ont été consignées par écrit pour ensuite être validées auprès de certains informants clés. Ces documents sont présentés à l'annexe 2.

Afin de compléter cet échantillon, trois autres coopératives existantes, mais toujours au stade de projet, ont été documentées de façon succincte dans le but d'apporter des éclaircissements sur la phase d'urgence des projets coopératifs dans le secteur de la santé. Ces coopératives sont :

- Les Haubans, coopérative d'habitation pour clientèle souffrant de santé mentale à Sherbrooke
- Grande-Vie, Coopérative d'habitation pour aînés en perte d'autonomie à Sherbrooke
- L'Autre-Toit, coopérative d'habitation avec services pour itinérants à Sherbrooke

À noter qu'aucun document n'a été rédigé pour ces trois coopératives à l'étape de projet. Ces informations ont été recueillies par entrevue et ont simplement été considérées dans l'analyse globale.

2.2 L'analyse comparative des projets cliniques (réseaux locaux de services - RLS)

Les informations concernant les réseaux locaux de services ont été recueillies par l'entremise de deux sources : les projets cliniques et les entrevues individuelles auprès des gestionnaires responsables de la démarche des projets cliniques de chacun des CSSS (de la MRC de Coaticook, des Sources, du Granit, du Haut-Saint-François, de Memphrémagog, de Sherbrooke et du Val-Saint-François). Cette démarche s'avérait essentielle à documenter pour chacun des territoires de CSSS, plus particulièrement en ce qui a trait aux résultats et aux apprentissages découlant de celle-ci, car il s'agit ni plus ni moins d'une démarche de planification stratégique pour le développement des réseaux locaux de services. Or, cela constituait une source d'information très pertinente pour l'analyse des potentialités, non seulement au regard des neuf programmes-services des CSSS⁶ mais aussi pour l'organisation des services dans un territoire. En fait, les potentialités de développement coopératif ont été analysées au regard de sept critères distincts, dont certains sont considérés comme des facteurs positifs et d'autres comme des facteurs négatifs :

Facteurs positifs	Facteurs négatifs
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Stabilité et possibilité de développement du membership (ex. clientèles avec maladies chroniques) ➤ Capacité de mobilisation de la communauté (ex. capacité de prise en charge de la clientèle, variété et contributions possibles des acteurs locaux) ➤ Disponibilité de ressources matérielles et immatérielles dans la communauté (ex. capacité de financement des services) ➤ Écarts « problématiques » entre l'offre et la demande de services dans le territoire (ex. besoins/intérêts collectifs de la communauté, besoins du système public) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Problématiques présentant des facteurs de risques modifiables (ex. toxicomanie, délinquance ou autres comportements) ➤ Rotation / renouvellement accélérés du membership (ex. manque de continuité) ➤ Services nécessitant une spécialisation très pointue en soins de santé

⁶ Pour plus de détails sur les clientèles visées par ces neuf programmes-services, veuillez vous référer à l'annexe 3.

Après une analyse sommaire des projets cliniques des sept territoires de l'Estrie, nous avons choisi celui du CSSS des Sources comme cas pilote afin de saisir la démarche et les principaux éléments structurants d'un projet clinique. Ce dernier a été choisi simplement en raison de l'accès plus facile aux données (le dg de ce CSSS siégeait sur le comité santé de la CDR Estrie). Ceci a mené à la production d'un document analytique dans lequel nous avons consigné les principales données pertinentes pour réaliser le projet de recherche. Ce document a été soumis aux gestionnaires du CSSS des Sources pour validation (voir l'annexe 4). Ce document de base⁷ a par la suite servi de cadre de référence pour concevoir le guide d'entrevue des gestionnaires dont le principal objectif était de recueillir la vision et l'analyse de la démarche des projets cliniques et de la situation du RLS. Des entrevues semi structurées ont été réalisées auprès des personnes ressources désignées dans chacun des sept CSSS de l'Estrie et transcrites intégralement. Les principales questions posées aux gestionnaires portaient sur les réalités du RLS de leur MRC, leur opinion sur les partenariats, leur perception de la formule coopérative dans le secteur de la santé, etc. L'information significative retenue pour chaque CSSS a été présentée dans une grille d'analyse afin de pouvoir l'exploiter de façon systémique. Ces grilles sommaires sont présentées à l'annexe 5.

⁷ Ce document présente les éléments les plus significatifs pour explorer le potentiel d'émergence et de développement de coopératives dans le secteur de la santé et des services sociaux en Estrie.

3. LES COOPÉRATIVES ET LA SANTÉ : APPRENTISSAGES À PARTIR D'EXPÉRIENCES VÉCUES

Cette partie présente les constats dégagés à partir des informations recueillies dans les neuf coopératives identifiées précédemment. Les tableaux de la page suivante offrent un portrait des six coopératives ayant fait l'objet d'études de cas ainsi que des trois autres coopératives documentées sommairement.

3.1 Quelques constats

Contexte d'émergence et porteurs des projets

Parmi les cas étudiés en Estrie, on note trois cas de figure en rapport à l'émergence des projets de coopératives dans le secteur de la santé.

- Certains projets émergent d'organismes existants qui offrent déjà des services à leurs membres, en lien direct ou non avec la santé. Dans ces cas, le projet de coopérative est envisagé comme une solution pour consolider les services existants, améliorer ceux-ci ou diversifier l'offre. On trouve ici la Coopérative de services à domicile de Memphrémagog qui origine du Centre d'action bénévole ainsi que les coopératives d'habitation émergentes telles que des Haubans et Grande Vie.
- Dans d'autres cas, le projet de coopérative prend racine au sein d'un réseau existant d'organismes ou d'individus, dont le dynamisme est soutenu par une mobilisation citoyenne. On trouve ici les cas de la Brunante, la Corvée et l'Autre Toit. Dans le cas de la Coopérative de services à domicile de Sherbrooke, bien que le CLSC de l'époque fût en quelque sorte l'initiateur des réflexions, le projet a engagé une mobilisation importante des personnes âgées.
- Enfin, deux autres cas illustrent un projet ayant émergé au sein d'une institution dans le but d'améliorer l'offre de services et la qualité de vie des citoyens (Coopérative santé d'Eastman) ou d'améliorer la coordination des services existants (Coop santé de l'Université de Sherbrooke).

Mission, clientèle, services et membership

Pour plusieurs cas étudiés, les projets visent le maintien à domicile et dans leur communauté des personnes âgées. D'autres ont pour mission la santé globale (UdeS) ou l'accès aux soins de santé (Eastman). Certaines coopératives ont également pour mission la réinsertion sociale et professionnelle. Tous visent toutefois l'amélioration de la qualité de vie.

Dans plusieurs cas, les services sont offerts à une clientèle majoritairement âgée, voire semi-autonome dans certains cas. Les exceptions à cette règle sont la Coop santé de l'Université de Sherbrooke et les coopératives de services à domicile de Memphrémagog (CSSDM) et de l'Estrie (CSDE) qui offrent aussi des services à des ménages actifs. Une norme de 25 % a en quelque sorte été établie dans le cas de la CSDE en ce qui a trait à la proportion de ménages actifs desservis. D'autres cas concernent des clientèles présentant certaines problématiques plus spécifiques, telles que l'itinérance ou la santé mentale.

**Présentation sommaire des coopératives étudiées
(AVEC études de cas)**

Coopératives	Contexte d'émergence et porteurs	Mission, clientèle, services et membership	Lien avec le réseau de santé	Partenariats, sources de revenus et cotisation des membres	Bilan et perspectives
Services à domicile de Memphrémagog	Service d'entretien ménager offert à l'origine par le centre d'action bénévole (CAB) Constitution : 1998	Services à domicile à la population de Memphrémagog Services d'aide domestique; Services d'assistance à la personne; Soutien à la famille et aux aidants naturels (services de gardiennage – présence/surveillance) Coopérative de solidarité : 1000 membres utilisateurs (population); 85 membres travailleurs; 2 membres de soutien (organisations locales)	Ententes de services avec le CSSS Reconnue pour que ses clients bénéficient du Programme d'exonération financière des services en aide domestique (PEFSAD) de la RAMQ	Consolidation et développement des services du CAB (démarrage) Revenus provenant de la prestation de services aux membres utilisateurs Ententes avec CSSS pour usagers et répit aux aidants naturels	L'absence d'une masse critique de clients et de travailleurs, dans les secteurs éloignés de la ville-centre; conciliation de la vision des membres utilisateurs avec celle des membres travailleurs; alourdissement des clientèles (enjeu de la formation des travailleurs)
Services à domicile de l'Estrie	Offre de services inadéquate Services à domicile non structurés Travail au noir Subvention par le CSSS pour analyser la création d'une coop Mobilisation des personnes âgées Constitution : 1988	Favoriser le maintien à domicile des personnes âgées et améliorer la qualité de vie de toute la population Services d'aide domestique Services d'assistance à la personne; Soutien à la famille et aux aidants naturels (services de gardiennage – présence/surveillance) Coopérative de consommateurs : 4758 membres utilisateurs	Ententes de services avec le CSSS Reconnue pour que ses clients bénéficient du Programme d'exonération financière des services en aide domestique (PEFSAD) de la RAMQ	98 % du financement par le programme <i>Autonomie des Aînés</i> (démarrage) Parts privilégiées du mouvement coopératif estrien (démarrage) Revenus provenant de la prestation de services aux membres utilisateurs Ententes avec CSSS pour usagers et répit aux aidants naturels	Organisme en croissance Défi lié à la main-d'œuvre : Recrutement Rétention Relève Enjeu d'accessibilité pour la clientèle
Habitation La Brunante (Racine)	Besoin nommé par les membres de la caisse populaire locale réunis en AGA Leadership du président de la caisse Constitution : 1998	Habitation : Permettre à des personnes vieillissantes de continuer à vivre dans leur communauté, de prolonger leur vie à domicile (75 ans et plus autonomes et semi-autonomes) 20 logements; entretien des pièces communes; 2 repas par jour; laveuses et sècheuses. Coopérative de solidarité : Utilisateurs (résidents); soutien (organisations et citoyens)	Peu développé car les résidents n'ont pas de problèmes majeurs de santé (la coopérative n'offre pas de services de soins de santé).	Dons en argent et en immobilier (terrain) par le milieu Des aides financières variées (mouvement coop et SCHL) Un prêt hypothécaire SHQ volet II du programme Accès Logis Revenus de loyers	Perception que le gouvernement serait tenté d'alourdir les services offerts actuellement par la coop Liste d'attente compte 45 personnes

Coopératives	Contexte d'émergence et porteurs	Mission, clientèle, services et membership	Lien avec le réseau de santé	Partenariats, sources de revenus et cotisation des membres	Bilan et perspectives
Coop santé Eastman (Projet en développement)	Vision du maire d'Eastman et dialogues informels avec les citoyens Constitution : 2007	Services de santé de première ligne à la population d'Eastman et des environs Accès à un médecin (clinique médicale) et éventuellement à d'autres spécialistes de la santé Coopérative de solidarité : utilisateurs (population), travailleurs (médecins, spécialistes, etc.), soutien (organisations locales)	Peu développé, malgré la présence d'un membre fondateur sur le CA du CSSSM	Cotisations annuelles Fonds de développement et de consolidation des entreprises d'économie sociale (FDCEÉS) Municipalité d'Eastman (congé de taxes, terrains, bâtisse) Le montant de la cotisation sera soumis à la première assemblée générale	Difficulté à recruter un premier médecin, la population n'est pas encore mobilisée, pas d'endroit adéquat pour recevoir la clinique (coop)
La Corvée Saint-Camille	Étude des besoins des personnes âgées (manque d'habitation spécifique) Rétention des personnes âgées dans le milieu Offre de services de proximité Valorisation et sauvegarde du patrimoine Mobilisation citoyenne Constitution : 1999	Personnes âgées et population locale Services : Détresse-santé, animation, services offerts à la clinique de santé « Les Accompagnements de vie » Coopérative de solidarité : 45 membres utilisateurs 15 membres de soutien 3 membres travailleurs habitation : 9 membres utilisateurs	Participation de la gestionnaire au processus de consultation des projets cliniques	Fonds d'économie sociale du CLD Dons des citoyens et des organismes du milieu Parts de qualification (100 000 \$) Appui technique par organismes locaux et municipalité Dons et corvées de la population Diverses commandites pour le jardin communautaire Subventions gouvernementales	Arrêt des activités de la coopérative de solidarité en décembre 2008
Coop santé de l'Université de Sherbrooke	Menace de survie du programme <i>Universanté</i> du personnel Idée de première coopérative de santé universitaire en Amérique Besoins de coordination des services et des initiatives en lien avec la santé Leadership du recteur et du groupe promoteur Constitution : 2007	Concertation de la communauté; prévention et promotion de la santé globale Communauté universitaire <i>Universanté</i> du personnel <i>Universanté</i> étudiant Service d'analyse personnalisée des risques de santé Coopérative de solidarité 561 membres usagers 40 membres de soutien ⁸	À venir	Ententes de services avec l'Université dont le prêt de services pour le DG Prêt d'une psychologue par les Services à la vie étudiante Le comité paritaire L'Université (programmes <i>Universanté</i>) Coopérative de l'Université de Sherbrooke (100 000 \$ sur 4 ans) Parts de qualification (tarifs variés pour usagers étudiants et personnel, tarifs variés pour Mb de soutien) La Fondation de l'Université	Consolidation de la coopérative (fonctionnement) Ententes en discussion avec l'Université Partenaire majeur : l'Université Appui sur un programme existant (<i>Universanté</i>) Milieu favorable à la coopération et à l'abri de la concurrence Possibilité de développement de plusieurs projets (polyclinique, marché de solidarité)

⁸ Au 6 février 2009.

**Présentation sommaire des coopératives étudiées
(SANS études de cas – projets en développement)**

Coopératives	Contexte d'émergence et porteurs	Mission, clientèle, services et membership	Lien avec le réseau de santé	Partenariats, sources de revenus et cotisation des membres	Bilan et perspectives
Habitation des Haubans (Sherbrooke)	<p>Étude de besoins des membres</p> <p>La Cordée, OBNL en santé mentale</p> <p>Constitution : 2008</p>	<p>Santé mentale autonome et faible revenu (2 clientèles)</p> <p>35 unités de logements abordables (3 ½) avec aire communautaire (SHQ volet II Accès-Logis) 50 % + 1 des logements pour santé mentale autonome</p> <p>Coopérative de solidarité</p>	<p>CSSS siège au CA, soutien au fonctionnement du CA, soutien aux dirigeants, atelier sur travail en équipe, etc.</p>	<p>Expertises de la Fédération des coopératives d'habitation de l'Estrie (FCHE) et du CSSS (service d'action communautaire)</p> <p>Revenus de loyers</p>	<p>Le bâtiment sera construit suite à l'approbation du financement par la SHQ. La FCHE accompagnera ensuite le CA sur 1 an</p>
L'Autre-Toit (Sherbrooke)	<p>2003 – Étude de besoins par la Table de concertation sur l'itinérance de Sherbrooke</p> <p>2006 – Mise sur pied d'un comité logement social et deux comités de travail</p> <p>Constitution : 2008</p>	<p>16-35 ans et 35 ans et + en situation d'itinérance ou à risque</p> <p>44 unités de type studio (SHQ, volet III Accès-Logis) – scénario envisagé</p> <p>Services soutien communautaires et autres services connexes</p> <p>Coop de solidarité (usagers-locataires, producteurs-organismes ressources et membre de soutien– CSSS)</p>	<p>Entente de services avec le CSSS, incluant un plan d'intervention annuel</p>	<p>Expertises de la FCHE et du CSSS (service d'action communautaire)</p> <p>Revenus de loyers</p>	<p>À la recherche d'un site (FCHE en collaboration avec la ville de Sherbrooke)</p> <p>Ententes de services avec autres partenaires (à définir)</p>
Grande-Vie (Sherbrooke)	<p>Besoins des membres</p> <p>Coopératives d'habitation Rive-Gauche et Hauts-Cantons</p> <p>Constitution : 2008</p>	<p>Aînés en perte d'autonomie</p> <p>54 unités sans services (SHQ volet II Accès-Logis) – scénario envisagé</p> <p>Coopérative de solidarité</p>	<p>Aucune entente de services prévue</p>	<p>Expertises de la FCHE</p> <p>Revenus de loyers</p>	<p>Site identifié</p> <p>Projet en élaboration</p>

Tous les cas étudiés en Estrie offrent, ou envisagent d'offrir un ou plusieurs des services suivants⁹ :

- Promotion : sensibilisation/éducation (ex. bilan de santé et promotion d'une saine alimentation), accessibilité aux activités physiques, etc.
- Prévention : services sociaux tels que services à domicile, hébergement/habitation, aide sociale (ex. insertion)
- Prestation : services de santé traditionnels ou alternatifs aux personnes. À noter que les exemples observés de prestation touchent aussi les soins à la personne qui sont déjà dispensés par le privé tel que physiothérapie, massothérapie et médecine douce.

Il est à noter qu'aucune coopérative recensée offre des services d'appui et de soutien, soit des biens et services offerts à d'autres entreprises dans les secteurs de la santé et des services sociaux (ex. services d'approvisionnement, formation, location d'espaces, alimentation des personnes âgées, etc.).

Les coopératives étudiées offrent des services d'une grande proximité géographique, mis à part les coopératives de services à domicile de Memphrémagog et de l'Estrie (CSDE) qui couvrent des territoires relativement étendus, à l'intérieur d'une même MRC.

Toutes les coopératives sont de type « solidarité », à l'exception de la CSDE qui est une coopérative de « consommateur », celle-ci ayant été créée en 1988, soit bien avant l'arrivée du modèle de coopérative de solidarité au Québec. La coopérative de santé d'Eastman prévoit des membres travailleurs et la Coopérative de services à domicile de Memphrémagog en compte plus de 85. Toutefois, le volet membre travailleur est inexistant au sein des autres coopératives de solidarité.

Lien avec le réseau de la santé

À l'exception du cas de l'Université de Sherbrooke, toutes les coopératives ont créé des liens avec le réseau de la santé par l'entremise des organisateurs communautaires. Ces derniers ont été surtout actifs dans la phase d'émergence des projets, tel qu'illustré dans les coopératives émergentes de l'Autre Toit et les Haubans.

Certaines coopératives, telles que les services à domicile de l'Estrie et de Memphrémagog, bénéficient d'ententes formelles de services avec les CSSS de leur territoire respectif. Ces ententes prévoient que les CSSS remboursent aux coopératives les services offerts à un client qu'elle a référé. Pour sa part, le gouvernement rembourse aux clients un certain montant grâce à un crédit d'impôts et une exonération dans le cas de certaines clientèles cibles (ex. aînés). Dans les cas des coopératives d'habitation les

⁹ L'inventaire des coopératives existantes au Québec, produit en 2005 par le Conseil de la coopération du Québec, classifiait les coopératives en trois catégories selon leurs activités, soit : prestation de services, prévention (offre de services sociaux) et appui (fournissent des biens et services à d'autres organisations des secteurs de la santé et des services sociaux). À cette typologie, nous ajoutons la catégorie de promotion/éducation, qui, selon nos analyses, sont aussi des activités réalisées par les coopératives de notre échantillon. À noter que les activités de prévention et de promotion, ainsi que les services offerts sont reconnus comme des déterminants socio-économiques de la santé : « L'éducation sociale à la prévention devient une tendance permettant de limiter la dégradation excessive de la santé publique, pensons entre autres aux campagnes antitabac, aux défi 5-30 et autres initiatives de promotion de la prévention en santé. » p.1, Fédération des coopératives de services à domicile du Québec – Portrait sommaire des coopératives en santé, juillet 2008.

Haubans et l'Autre-Toit, le CSSS est membre du conseil d'administration et agit à titre d'accompagnateur pour les dirigeants.

Dans certains cas, comme à Saint-Camille, les gestionnaires de coopératives-santé ont participé au processus de consultation des projets cliniques.

Dans le seul cas de coopérative clinique à Eastman, la notion d'accessibilité géographique est au cœur des justifications du projet envers le réseau. Il semble cependant difficile d'obtenir le financement nécessaire lorsque les décideurs jugent que les services offerts sont dispensés de façon adéquate par le réseau public de santé.

Partenariats, sources de revenus et cotisation des membres

La plupart des projets coopératifs se sont concrétisés grâce à la contribution financière et morale de plusieurs personnes et organismes. Certaines coopératives bénéficient en effet de réseaux importants de partenaires locaux et supra locaux, même chez les OBNL de leur territoire (ex. des Haubans et l'Autre Toit). Dans tous les cas, le financement récurrent pose un défi majeur en ce qui a trait aux services. Trois cas de figure existent :

- 1) Les coopératives de services à domicile de la région de l'Estrie disposent d'ententes de services avec le CSSS. Les membres bénéficient de ces ententes. Les coopératives l'Autre-Toit et les Haubans bénéficient également de ressources externes;
- 2) La Coop santé de l'Université de Sherbrooke dispose d'un financement de divers programmes et instances de l'Université. Les membres (étudiants et personnel) paient pour certains services;
- 3) Aucun financement particulier, mis à part les coopératives d'habitation recevant un financement de la SHQ et de la SCHL pour la construction initiale et parfois même pour les aires communes.

En ce qui a trait au membership, toutes les coopératives étudiées offrent également des services aux personnes n'étant pas membres. La plupart du temps, les usagers membres ont des tarifs préférentiels. Dans certains cas, comme à la Coop santé de l'Université de Sherbrooke, les coûts d'adhésion varient selon la catégorie de membres.

Bilan et perspectives

Certains facteurs influencent le développement des coopératives et des services offerts. Voici quelques éléments constatés par les répondants, en lien avec les leçons retenues et les enjeux et défis actuels.

- Le recrutement des ressources externes est difficile (ex. médecin à Eastman);
- L'absence de masse critique pour offrir certains services, notamment sur un territoire plus étendu (ex. Memphrémagog);
- Les besoins de la population, exprimés en fonction des incapacités du réseau public à subvenir à la demande, exercent une certaine pression sur les services et ressources en place dans les communautés (ex. Racine où la capacité d'hébergement souhaitée par le réseau public ne cadre pas nécessairement avec la mission et la vision de la coopérative);

- L'alourdissement des clientèles exige plus de ressources et plus de formation des employés (ex. coopératives de services à domicile);
- Le manque de financement récurrent du système public pour des services locaux, en raison du dédoublement apparent avec d'autres ressources sur le territoire (ex. Saint-Camille)
- Le financement « privé » est plus facilement accessible dans les institutions pour des services non dispensés par le réseau public (ex. UdeS).

3.2 Trois dynamiques de développement des coopératives

À la base, trois dynamiques de développement des services de santé sous la formule coopérative ont été observées dans les cas étudiés, soit corporative, collective ou de service public.

La dynamique **corporative** s'inscrit dans l'analyse des besoins d'une organisation et envers un groupe cible, soit les travailleurs. Le cas type rencontré est celui de la Coop santé de l'Université de Sherbrooke. Dans ce cas, le projet de développement d'un « service coopératif » repose avant tout sur des enjeux de santé et bien-être au travail, voire de « productivité ». L'initiative émerge du groupe dirigeant de l'organisation, en l'occurrence le Recteur et son équipe. Des activités de consultation font partie du processus décisionnel, notamment auprès des étudiants et du personnel. Ce modèle bénéficie des moyens financiers largement autonomes générés sous forme de partenariat entre l'institution et les employés.

La dynamique **collective** repose avant tout sur la recherche d'une solution aux besoins d'un groupe de citoyens. Ces derniers peuvent être organisés (ex. au sein de coopératives d'habitation comme celle de la Grande Vie), faire partie d'un réseau de proximité (ex. projet émergent grâce à la concertation entre organismes d'une communauté locale, i.e. l'Autre-Toit) ou « chapeauté » par une institution locale (ex. le cas d'Eastman où la municipalité joue le rôle de promoteur). Les enjeux évoqués sont notamment l'éloignement et la qualité des services pour des populations ou des clientèles spécifiques. Dans les cas suivant la logique collective, la stratégie peut reposer sur un maillage avec le réseau de la santé pour assurer l'apport de ressources publiques, qu'elles soient matérielles, financières ou humaines (ex. accompagnement des organisateurs communautaires). Cependant, le degré de liberté demeure un élément fondamental pour les membres du collectif.

La dynamique de **service public** s'inscrit comme une complémentarité de services entre les institutions de la santé et les organismes locaux. Les premiers répondent à un mandat de services publics. Les seconds répondent à une mission définie de façon autonome par un groupe de personnes, qu'elles soient usagers ou non. Cette logique vise à offrir des services à une ou des clientèles cibles, telles que définies par les programmes-services des projets cliniques des CSSS. Dans notre échantillon, les coopératives de services à domicile affichent un contexte d'émergence où la dynamique de service public était particulièrement présente.

Somme toute, dans les cas étudiés, on observe que la dynamique de service public est peu centrale au développement des projets coopératifs. Cela semble logique du fait que les projets coopératifs reposent avant tout sur une réponse à des besoins partagés entre les membres, qui de façon autonome, se regroupent pour améliorer leurs conditions de vie. Dans ce contexte, le recours aux ressources du CSSS fait plutôt partie de la stratégie de partenariat engagée par les membres.

Enfin, il importe de mentionner que les trois dynamiques exposées précédemment reposent sur des logiques qui ne sont pas opposées. En effet, celles-ci peuvent cohabiter au sein d'un même modèle adopté dans le cadre d'un projet de coopérative en santé. De plus, une même initiative peut migrer d'une dynamique à l'autre, en fonction des intentions des porteurs du projet et des besoins du milieu.

3.3 La contribution des coopératives à la santé des gens...

De façon générale, les coopérateurs estriens soulignaient, récemment, les apports des coopératives de la façon suivante¹⁰ :

Apports liés directement à un besoin de la personne

- L'offre d'un produit/service;
- Le développement de l'emploi (dans certains cas);
- Le développement de l'autonomie et de l'esprit critique;
- Le recentrage sur un modèle de productivité basée sur le lien d'usage (les rapports humains entre l'organisation et le consommateur ou le producteur).

Apports liés aux besoins de la communauté

- Valorisation des acteurs socio-économiques (travailleurs, consommateurs, producteurs), des métiers, etc.;
- Accueil et intégration socio-économique des individus;
- Redistribution de la richesse liée à l'usage et non à l'investissement;
- Développement d'un patrimoine collectif.

Apports liés au développement durable coopératif

- Instauration d'une dynamique de coopération et non de concurrence;
- Offre et maintien de services de proximité;
- Développement de liens entre les communautés;
- Contribution aux objectifs des politiques socio-économiques de l'État.

De par leur fonctionnement interne, de façon générale, les coopératives contribuent à une prise en charge sociale des services pour répondre aux besoins des membres. « Le client n'est plus un simple utilisateur de services, mais un participant qui collabore au maintien et à l'amélioration des services, de sa propre santé et de celle de ses proches »¹¹.

Dans les cas documentés, les coopératives se trouvent donc à contribuer au renforcement de divers déterminants socio-économiques de la santé des populations tels que le logement, le maintien à domicile, la santé physique, etc. Ainsi, les services sont complémentaires aux services de santé actuellement dispensés par les réseaux locaux.

¹⁰ Guide du participant - *Les Coopératives et les mutuelles : une réponse aux défis de l'Estrie*. IRECUS. Mai 2009.

¹¹ Fédération des coopératives de services à domicile du Québec. *Portrait sommaire des coopératives de santé*. 30 juillet 2008.

4. LES RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES ET LA FORMULE COOPÉRATIVE

Cette section présente les constats identifiés par la documentation des projets cliniques et des entrevues auprès des responsables de ces projets. Pour des informations plus détaillées, veuillez vous référer aux annexes 3, 4 et 5.

4.1 Présentation des projets cliniques

Comme coordonnateurs des Réseaux locaux de services (RLS), les CSSS de l'Estrie ont réalisé depuis 2006, et ce, en concertation avec de multiples acteurs de leur territoire, des démarches que l'on pourrait qualifier de planification stratégique. Celles-ci ont mené à l'élaboration de « projets cliniques qui intègrent les dimensions sociales et de santé et tiennent compte de la diversité des interventions à offrir à une population donnée »¹². En Estrie, ces projets cliniques ont été élaborés en fonction des neuf programmes-services suivants (ceux-ci sont décrits plus en détails à l'annexe 3) :

Les neufs programmes-services

1. Personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV);
2. Santé mentale;
3. Santé physique, volet prévention et gestion des maladies chroniques (PGMC);
4. Jeunes en difficulté;
5. Santé physique, volet cancer et soins palliatifs;
6. Dépendances;
7. Déficience intellectuelle - Troubles envahissants du développement (DI-TED);
8. Déficience physique;
9. Services généraux.

Le cadre de référence des projets cliniques pour les réseaux locaux de services élaboré en octobre 2004 par le ministère de la Santé et des Services Sociaux faisait état de trois objectifs du projet clinique, soit améliorer l'accessibilité, la continuité et la qualité des services. Ce cadre de référence proposait quatre profils de clientèle, afin de permettre de mieux cibler les besoins de la population ainsi que les améliorations qui s'imposent; ces profils n'étant pas mutuellement exclusifs. Les voici :

Les quatre profils de clientèle

1. La population générale en santé, ayant des besoins ponctuels et nécessitant des soins aigus : l'enjeu principal consiste ici à améliorer l'accessibilité des services;
2. Les personnes et la population générale ayant une pathologie chronique généralement stable : l'enjeu principal consiste ici à améliorer la qualité et la continuité des services;

¹² Cadre de référence des projets cliniques pour les réseaux locaux de services, élaboré en octobre 2004 par le ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec.

3. Les clientèles vulnérables ou des personnes et la population générale présentant des risques particuliers de problèmes sociaux et de santé : l'enjeu principal consiste ici à améliorer l'accessibilité et la continuité des services;
4. Les clientèles particulières présentant une problématique complexe de santé ou sociale exigeant de la réadaptation ou de l'intégration sociale : l'enjeu principal consiste ici à améliorer la qualité, la globalité et la continuité, et aussi l'accessibilité des services.

Deux principes fondamentaux devaient guider la démarche de réalisation des projets cliniques, soit la responsabilité populationnelle et la hiérarchisation des services. Dans certains CSSS, et ce, selon les propos recueillis auprès de gestionnaires rencontrés, les démarches d'élaboration des projets cliniques ont permis de :

- Dresser un portrait détaillé à la fois des besoins des clientèles et des services offerts (intervenants) sur le territoire;
- Développer une compréhension commune du territoire et de la population, à partir d'une lecture partagée du portrait;
- Approfondir la réflexion sur l'organisation du travail, particulièrement au sein des CSSS;
- Favoriser la mise en commun des ressources et des services dans le but d'améliorer la continuité, la qualité et l'accessibilité des services sur le territoire.

Parmi les résultats atteints suite à ces démarches, les gestionnaires de CSSS rencontrés font état d'une meilleure connaissance des ressources disponibles, d'une appréciation positive des compétences des ressources et des intervenants locaux et d'une meilleure appréciation de la capacité collective de prendre en charge certains services. Par ailleurs, ceux-ci soulignent l'effet positif de la présence des usagers sur les tables de concertation mises en place dans le cadre de la démarche d'élaboration des projets cliniques. Cette participation aurait permis aux gestionnaires d'acquérir une meilleure compréhension des problématiques vécues par les diverses clientèles.

Certes, la première vague des projets cliniques constitue un point de départ pour plusieurs CSSS dans l'implantation de l'approche populationnelle sur leur territoire et la hiérarchisation des services. Pour la plupart des gestionnaires rencontrés, les projets cliniques sont en effet largement perçus comme des « plans d'amélioration continue d'une offre de services globale ».

4.2 Priorités des réseaux locaux de services (RLS)

En Estrie il faut considérer deux réalités bien différentes et qui ne sont pas facilement conciliables, à savoir celle de la ville de Sherbrooke qui a un caractère urbain et celle des autres MRC qui ont un caractère rural. De ce fait, la concentration de la population (situation populationnelle) donne un avantage à Sherbrooke en termes de : présence d'organismes communautaires, offre de services variés, « rentabilité » grâce à une masse critique de clientèle, potentialité de développement de partenariat, de réseautage, etc. Dans les autres MRC, la population est disséminée sur un large territoire, ce qui rend difficile la création et le développement d'organismes communautaires locaux qui interviennent dans le domaine de la santé et des services sociaux, en dehors de la ville centre, qui est souvent le siège du CSSS et de l'hôpital. Cette situation rend plus vulnérables les initiatives locales dans ces secteurs.

L'Estrie n'est pas un territoire homogène en termes de conditions de vie des populations. En effet, certaines MRC ou territoires locaux sont nettement plus défavorisés que d'autres, soit sur les plans socioéconomiques, sociocommunautaires, couverture de services de santé, etc. Force est de reconnaître également que chaque CSSS a des particularités qui découlent fortement des réalités de la MRC en termes de besoins pressants de la population, de disponibilité des ressources, de dynamique locale, de développement socioéconomique, etc. De plus, d'une MRC à une autre les potentialités de mobilisation du milieu sont très différentes, la problématique des offres de service et la performance des organismes locaux étant très variables. Cependant, le degré d'implication, le leadership et la vision des autorités locales (élus, dg du CSSS, dg du CLD, etc.) favorisent l'émergence, le développement et la survie des organismes communautaires dans le milieu.

Priorités selon les territoires et les types de services

Les résultats de la recherche menée auprès des CSSS de l'Estrie (autant par entrevue que par l'analyse des documents écrits – projets cliniques) montrent diverses priorités, notamment pour la prestation de services sociaux. Quelques priorités touchaient également la prestation de soins médicaux et l'offre de services de proximité. Le tableau de la page suivante présente les priorités identifiées pour chacun des territoires de CSSS, et ce, en fonction du type de services et de soins offerts. À noter que celles-ci ne sont pas présentées en ordre d'importance.

Après analyse des données, la prestation de services sociaux apparaît comme la priorité numéro un des CSSS de l'Estrie. Tel que souligné par un gestionnaire de CSSS, il importe de renforcer la prévention car « un bon système doit agir en amont et en aval ». Les besoins pour lesquels il y aurait des carences dans les services touchent particulièrement l'hébergement pour aînés et personnes avec déficiences, la prise en charge des personnes aux prises avec des déficiences intellectuelles (accompagnement, gardiennage, loisirs, etc.), le répit pour proches aidants (autant pour personnes âgées que pour personnes avec déficiences), insertion sociale et professionnelle des personnes avec déficiences physiques et intellectuelles (formation, emplois, etc.) ainsi que transport collectif.

En ce qui a trait aux services de prestation médicale, ou de soins de santé, la plupart des territoires révèlent un besoin de consolidation, notamment au regard du recrutement de médecins. Les autres priorités relatives aux services de prestation médicale sont la rétention du personnel, l'accès aux médecins de famille et la réduction des délais d'attente pour les personnes atteintes de déficiences physiques ou intellectuelles.

Enfin, deux territoires affichaient une priorité pour l'amélioration de l'offre de services de proximité. La MRC du Haut-Saint-François pour laquelle la présence de pharmacies communautaires et de transport collectif faisait défaut et celle du Granit qui souffre des difficultés liées au transport collectif.

Priorités selon les territoires et le type de services

Territoires	Prestation de services sociaux	Prestation de soins médicaux (ou soins de santé)	Offre de services de proximité
CSSS de la MRC de Coaticook	N/A	Recrutement de médecins Rétention du personnel médical	N/A
CSSS des Sources	Santé mentale Hébergement (appartement supervisés pour DI et D physique) Répit accompagnement Services en dépendance Intégration sociale des gens vivant avec un handicap	Recrutement médical	N/A
CSSS du Granit	Décrochage scolaire Intégration de la clientèle ayant plus de difficultés dans le marché du travail Hébergement Santé mentale Prévention au niveau des jeunes	N/A	Transport collectif
CSSS du Haut-Saint-François	Services aux jeunes Santé mentale	Recrutement de médecins	Pharmacies communautaires Transport collectif
CSSS de Memphrémagog	Santé mentale Dépendance Clientèle vulnérable	Recrutement de médecins	N/A
CSSS-IUGS de Sherbrooke	Service de soutien aux personnes âgées dans leur milieu de vie Services aux jeunes Services préventifs Santé mentale Hébergement	Accès aux médecins de famille Réduction des délais d'attente pour les déficients	N/A
CSSS du Val-Saint-François	Hébergement - personnes âgées Santé mentale Service aux familles (Maison de la famille)	Recrutement de médecins	N/A

Bien que cette première analyse permette de dégager les priorités telles que relatées par les gestionnaires ayant participé à la recherche identifiées, il n'en demeure pas moins qu'elle ne constitue pas le résultat d'une analyse approfondie des priorités des territoires. Cependant, elle offre une information pertinente et à jour qui découle de l'analyse des gestionnaires responsables de la démarche des projets cliniques avec un certain recul.

Priorités globales pour l'amélioration des services dans les réseaux locaux

Parmi les leçons retenues et les défis à relever dans l'amélioration de la qualité, de la continuité et de l'accès aux services en Estrie et dans les réseaux locaux de services (RLS), les gestionnaires ont identifié diverses priorités qui reposent en grande partie sur les façons de faire, les pratiques à adopter dans le cadre des projets cliniques. Voici les éléments soulignés par ceux-ci :

- Mettre beaucoup d'efforts pour développer un climat de confiance, pour consolider la transparence de part et d'autre avec les partenaires locaux et régionaux;

- Avoir une meilleure compréhension du contexte dans lequel se situe le partenariat et le respecter afin d'avoir des relations équilibrées entre partenaires;
- Inscrire le partenariat comme une volonté de l'organisation et non comme une affaire d'un petit noyau d'individus afin de développer des liens plus significatifs et durables avec le milieu;
- Conscientiser les municipalités sur le rôle qu'elles ont à jouer dans le développement social de la communauté et à se préoccuper du bien-être de la population;
- Maintenir la gamme de services (car la pérennisation des sources de financement est très difficile);
- Maintenir les acquis, car le MSSS limite le financement de nouveaux organismes;
- Innover (dépasser le mode réactif et trouver de nouvelles pratiques, de nouvelles façon de faire pour mieux desservir la clientèle plus en amont par rapport à la responsabilité populationnelle de santé). Voici les pistes à explorer dans le sens de l'innovation :
 - Introduire de nouvelles façon de faire pour répondre aux différents besoins et rester proactif;
 - Prise en charge et suivi systématique de la clientèle atteinte de maladies chroniques;
 - Changement dans la dynamique de travail;
 - Mettre en place des équipes itinérantes de travail (composées d'une infirmière, d'une auxiliaire, d'une travailleuse sociale, d'un organisateur communautaire, etc.) affectées à un territoire spécifique;
- Faire la promotion de toutes les initiatives, projets et services développés dans la communauté pour que la population en soit mieux informée, participe de façon plus importante aux initiatives en place et fasse un meilleur usage des services;
- Trouver des moyens pour avoir des activités adaptées pour la clientèle la plus vulnérable et améliorer les façons de faire;
- Avoir un caractère distinctif pour aller chercher les ressources (recrutement de médecins, d'infirmières, etc.);
- Renforcer le réseautage (faire mieux en réseau) au niveau local, entre MRC et à l'échelle régionale;
- Comprendre les rôles et les responsabilités de chaque acteur du RLS et les besoins du milieu pour mieux planifier les ressources et organiser les services;
- Développer des habiletés et des compétences par des approches déjà identifiées pour soutenir les intervenants, les partenaires et les usagers (approche motivationnelle; approche systémique; formation; etc.);
- Assurer une évaluation continue pour revoir régulièrement si le CSSS est toujours bien aligné par rapport aux écarts identifiés;
- Trouver une bonne stratégie pour maintenir la dynamique et l'engouement des différents acteurs mobilisés autour des projets cliniques pour qu'ils restent en vie.

Toutes ces priorités sont très valables et compréhensibles. Cependant, on comprend que la mise en application des principes de responsabilité populationnelle et de hiérarchisation des services exigent et exigeront des CSSS l'adoption de pratiques nouvelles en regard, notamment, du partenariat avec les acteurs locaux. Les changements de pratiques attendus par l'implantation d'une démarche autour des projets cliniques prendront du temps à se concrétiser. Voilà donc un des éléments importants qui caractérisent le contexte dans lequel les projets coopératifs sont et seront appelés à s'intégrer.

4.3 Les RLS et le développement coopératif en Estrie

Le partenariat au sein de chacun des RLS est considéré très fort. Néanmoins, les gestionnaires souhaitent le consolider davantage pour s'assurer une meilleure offre de services de 1^{re} ligne prise en charge par des organismes de leur milieu. De ce fait, ils ne trouvent pas du tout utile ni pertinent d'accepter ou permettre le développement d'une nouvelle structure même coopérative qui entrerait en compétition ou en concurrence avec les organismes communautaires déjà établis dans la MRC. Pour certains gestionnaires de CSSS, il n'est pas question de donner une quelconque ouverture à une coopérative de santé quel que soit sa mission qui viendrait jouer dans un créneau déjà occupé par d'autres organismes du milieu, et ce, quel que soit le résultat de cet organisme. Cependant, tout en reconnaissant que certains organismes locaux ont beaucoup de difficultés à offrir de meilleurs services et pour assurer leur pérennité, ils seraient ouverts à voir dans quelles mesures il serait possible de procéder à un rapprochement et à la transformation d'un OBNL en coopérative pour créer une meilleure synergie, impliquer davantage le milieu, consolider la pérennité des services offerts, se supporter mutuellement, etc. Cet exercice peut être mené en partenariat avec des MRC limitrophes. Ce genre de développement nécessite toutefois une réflexion approfondie sur les avantages/désavantages d'une formule coopérative sur celle des OBNL ainsi qu'une réflexion sur les enjeux de cette transformation pour les acteurs concernés (usagers, CSSS et organisme).

Le sentiment d'appartenance des personnes à leur milieu semble être très fort à l'échelle de toutes les MRC. De l'avis des gestionnaires rencontrés, en Estrie, toutes les communautés semblent se mobiliser assez facilement pour défendre leurs intérêts chaque fois que le besoin se fait sentir. Cependant, pour mieux connaître le potentiel de développement d'une communauté, il est important d'en étudier sa dynamique, en évaluant sa capacité de passer d'un mode réactif à un mode proactif, voire prospectif. Car à part les aidants naturels, la famille et les proches de certaines personnes ayant une déficience physique, intellectuelle, une maladie chronique ou dégénérative, qui sont déjà confrontés à des difficultés majeures de prestation de services de santé et de services sociaux adaptés, la majorité de la population est déconnectée de cette réalité. De ce fait, il est pertinent de s'interroger sur la capacité et les facilités de mobilisation de la communauté pour mettre en place une coopérative qui vise par exemple la prévention et la promotion de saines habitudes de vie. En général, la majorité des personnes en plus ou moins bonne santé ne se focalisent pas trop sur ces aspects essentiels de la santé publique.

Selon les répondants, au niveau des partenariats régionaux, il existe une forte compétition avec Sherbrooke, qui tend à monopoliser les principales ressources communes. Certains organismes communautaires à vocation régionale basés à Sherbrooke ne donneraient pas une attention suffisante aux demandes provenant des MRC périphériques en raison notamment d'un financement déficient. Les gestionnaires des CSSS de ces MRC posent ainsi un problème d'équité et d'égalité face au partage des ressources communes entre Sherbrooke et eux. Dans cette dynamique régionale, certains organismes régionaux à l'image de *Naissance-Renaissance Estrie*, de *JEVI*, etc. semblent avoir du succès en milieu rural, alors que la Coopérative de soutien à domicile de Sherbrooke a connu des difficultés majeures dans une MRC périphérique (ce qui lui a valu une rupture de contrat). Certes, de ces constats, plusieurs leçons devront être tirées. Néanmoins, le facteur géographique devra certainement être pris en considération dans la mise en œuvre des projets de services régionaux. Toutefois, il découle de cette situation deux questions fondamentales : Les organismes de Sherbrooke ayant une vocation régionale sont-ils aptes à donner un service identique en milieu rural? Ces mêmes organismes connaissent-ils suffisamment bien les réalités des territoires dans lesquels ils sont appelés à intervenir?

On note également dans les MRC en Estrie que la formule OBNL est beaucoup plus présente que la formule coopérative. La faible présence des coopératives peut s'expliquer, en partie, par la nécessité d'une rentabilité dans les activités et d'une autonomie de ce genre d'organisation, qui comporte tout de même un volet d'entrepreneuriat collectif. En effet, une coopérative subventionnée en totalité ne serait pas une coopérative.

Les gestionnaires de CSSS rencontrés affirment aussi qu'ils ont développé l'habitude de travailler avec les OBNL. Ils affirment, pour la plupart, ne pas bien connaître les caractéristiques propres aux coopératives comme les règles de gestion et de fonctionnement (démocratie, transparence, formation, implication des membres, partage du pouvoir, respect des règlements, reddition des comptes, etc.). Malgré tout, ces gestionnaires montrent une ouverture à la formule coopérative pour combler certains besoins que les CSSS et leurs partenaires ont encore du mal à satisfaire ou à pérenniser. Cependant, ils ont de la difficulté à voir comment la notion de membre-utilisateur pourra être opérationnelle dans le cadre d'une coopérative pour les aînées ou pour les personnes avec déficiences.

En conclusion, force est de constater que les gestionnaires ont des attentes mitigées par rapport aux potentialités de la formule coopérative dans le renforcement des réseaux locaux de services actuels. Dans cette perspective, ils souhaitent que dans l'éventualité où l'émergence des coopératives de santé devienne une réalité (politique de développement), ces dernières soient capables de développer des services dans une « approche réseau » pour mieux afficher leur valeur ajoutée dans les RLS.

5. DÉFIS ET POTENTIALITÉS POUR LE DÉVELOPPEMENT COOPÉRATIF EN ESTRIE

En somme, trois défis se dressent pour le développement coopératif dans le secteur de la santé et des services sociaux en Estrie, soit :

- Développer une offre de services pertinente pour la population, les communautés et les organisations de l'Estrie, c'est-à-dire une offre qui répond aux besoins déjà identifiés mais qui pourraient aussi émerger dans le futur (défi d'ordre stratégique);
- Accroître les synergies avec les instances du réseau de la santé et des services sociaux, notamment les CSSS, et favoriser l'émergence de partenariats (défi d'ordre tactique);
- Assurer une réponse aux besoins qui soit complémentaire aux services actuellement offerts et qui soit le plus intégrée possible à l'offre globale sur le territoire (défi d'ordre opérationnel).

En fait, ces défis comportent autant d'opportunités pour le développement coopératif en Estrie.

5.1 Défi de la pertinence (niveau stratégique)

Dans le cadre de la présente recherche, l'analyse des projets cliniques a permis de dégager certains besoins relatifs aux clientèles concernées par les neuf programmes-services. En effet, cette analyse montre qu'il y a des besoins non comblés par l'offre actuelle des réseaux locaux de services. Il semble que dans certains cas, la formule coopérative pourrait donc répondre à ces besoins. De plus, l'analyse des coopératives existantes a permis d'identifier certains autres potentiels de développement. Bien que la recherche n'en soit pas une d'évaluation, les initiatives documentées indiquent que les services peuvent être développés sous certaines conditions.

5.1.1 Six pistes d'actions

Dans cette perspective, six pistes d'action ont été identifiées en raison de leur fort potentiel de développement sous la formule coopérative. Celles-ci sont : l'hébergement, les services de soutien aux aidants naturels, l'insertion sociale et professionnelle des personnes avec déficiences physiques et intellectuelles légères, le transport collectif, la promotion des saines habitudes de vie et l'accès aux médecins de famille et aux soins de santé, notamment en région rurale.

1) Ressources en habitation (avec services)

- Usagers potentiels : certaines clientèles vulnérables dont les personnes âgées, les personnes en situation d'itinérance ou à risque et les personnes aux prises avec une déficience intellectuelle légère ou des problèmes de santé mentale contrôlés.

Évidemment, cette piste n'est pas nouvelle. Elle offre un potentiel intéressant du fait qu'elle concorde avec les programmes-services des CSSS visant les clientèles en perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV), les services généraux et les services d'action communautaire. La question d'intégration des proches aidants dans les formules d'hébergement de longue durée se pose aussi de manière intéressante dans les

coopératives d'habitation. Pour certaines de ces coopératives, le renouvellement du membership et la continuité des besoins deviennent un atout important quand vient le temps de développer de nouveaux services. En effet, la limite de la capacité d'accueil d'une coopérative et le vieillissement des membres fondateurs fait en sorte que les besoins évoluent avec les caractéristiques du membership. Le leadership aussi varie dans le temps en fonction des membres et de la vision du CA.

Dans certains cas, comme cela est envisagé dans la coopérative l'Autre Toit (hébergement pour personnes itinérantes ou à risque d'itinérance), les organismes partenaires du milieu prennent part à la gouvernance, dans une approche d'accompagnement et de prise en charge des usagers. Cela assure un démarrage efficace, une stabilité et une continuité dans la gestion de la coopérative.

Une précision est apportée sur les coopératives d'habitation avec services « obligatoires ». Ce modèle, inscrit dans les critères de financement de la Société d'habitation du Québec (SHQ), volets III, vise souvent une clientèle particulière (ex. 70 ans et + présentant une situation semi-autonome). Les services peuvent inclure l'alimentation (type cafétéria) en plus des ententes conclues avec les CSSS pour le service à domicile (ex. inhalothérapeute). Dans ce cas, il n'y a pas de distinction entre une coopérative d'habitation ou une résidence privée qui peut elle aussi conclure ce genre d'entente avec les CSSS. Là où la formule coopérative devient possiblement plus avantageuse, c'est surtout dans le développement de divers services connexes visant l'amélioration de la santé et du bien-être des membres (ex. activités de loisirs, transport, etc.).

2) Services de soutien aux proches aidants

- Usagers potentiels : population générale en santé prenant en charge des personnes aux prises avec une déficience intellectuelle, un trouble envahissant du développement (TED), une déficience physique, des problèmes de santé mentale, une maladie chronique, etc.

L'offre de services de soutien aux proches aidants vivant auprès de personnes aux prises avec une déficience quelconque ou une maladie chronique est peu ou pas développée dans les CSSS des MRC périphériques. Le constat est le même dans toutes les MRC, les proches aidants et les familles qui vivent cette situation sont essouffés parce qu'ils sont tenus de s'occuper du patient à plein temps. Dans certains cas, malgré les fonds alloués par les CSSS, ils ont de la difficulté à trouver des personnes qui acceptent de suppléer ces derniers pour leur permettre de se reposer et de mener d'autres activités sociales (i.e. loisirs) et professionnelles (i.e. travail).

En dehors de Sherbrooke, qui semble avoir les ressources nécessaires pour aider les parents et les proches aidants, toutes les autres MRC souffrent d'un déficit de services allant dans ce sens. De ce fait, le potentiel de développement d'une coopérative est élevé pour prendre en charge les services de gardiennage, les loisirs, l'accompagnement, le répit pour les familles et les aidants naturels, etc.

Cependant, le choix de la formule coopérative capable de satisfaire le mieux les besoins des membres doit être évalué avec parcimonie. Dans cette situation, les personnes vivant avec une déficience ou maladie ne sont pas aptes à faire fonctionner seuls la coopérative. Donc, ce sont les familles et les proches aidants qui vont être des membres usagers de la coopérative au profit de leur patient. Il est clairement reconnu que la charge de travail des familles et des proches aidants est très importante en termes de temps consacré au patient, de ressources matérielles, etc.

Dans le cas spécifique des maladies chroniques, le membership concerne autant les personnes en bonne santé qui souhaitent avoir de l'information pour se prémunir et limiter les risques d'avoir une maladie chronique (saines habitudes de vie), que celles qui sont proches des personnes atteintes ou victimes d'une maladie chronique. En général, ces personnes sont très enclines à s'engager dans des actions communautaires et sociales, de bénévolat pour partager leur vécu, pour soutenir les autres, etc.

La formule coopérative permettra aussi aux familles et aux proches aidants de s'offrir des services professionnels qui ne sont pas toujours couverts par la RAMQ.

3) Insertion sociale et professionnelle (formation, apprentissage, emplois rémunérés, etc.)

- Usagers potentiels : personnes avec une déficience physique ou intellectuelle légère

L'intégration sociale et économique des personnes avec déficiences physiques et déficiences intellectuelles légères, à travers une coopérative de travail ou de solidarité, vise selon Gosselin et Comeau (2003) à promouvoir la réadaptation professionnelle et sociale de ses membres grâce à leur emploi rémunéré dans une entreprise commune administrée selon les principes de l'autogestion et de la coopération, dans le cadre du plan économique national, et à organiser des activités sociales et éducatives :

- pour préserver et renforcer les moyens physiques et les compétences des personnes handicapées et pour les réintégrer dans l'activité sociale;
- pour permettre aux personnes handicapées de gagner leur vie grâce à un emploi rémunéré, dans des conditions adaptées à leurs qualifications et à la nature de leur handicap ou de leur infirmité, les modalités de la gestion coopérative étant dûment observées;
- pour répondre aux besoins sociaux de leurs membres et améliorer progressivement leurs conditions de vie, tout en élevant leur niveau culturel et en renforçant leur conscience sociale dans l'intérêt du pays.

La gestion de ces entreprises représente la plupart du temps un défi considérable afin d'assurer leur compétitivité et leur rentabilité. De ce fait, elles devraient recevoir en amont et en aval des appuis de la communauté et des organismes opérant sur leur territoire.

Les entreprises coopératives de personnes avec déficiences physiques et intellectuelles qui ont réussi à survivre au Québec offrent un produit ou un service qui se différencie du marché et qui n'entre pas en compétition avec ceux des entreprises de la région. Cependant, en Estrie, les promoteurs de ces initiatives peuvent proposer des produits et des services concurrentiels, à condition que les projets soient supportés de façon volontariste à la fois par la communauté et par tous les organismes de développement local. La formule de prise en charge par le milieu pour le milieu devrait être bien vulgarisée. Par exemple, dans le domaine horticole et celui du maraîchage, le slogan « acheter local » doit être partagé par tous. Ces entreprises peuvent approvisionner les cuisines collectives et autres structures en produits du terroir.

Le membership de ce type de coopérative peut être constitué par les personnes ayant une déficience physique ou une déficience intellectuelle légère, les parents, les proches aidants, et d'autres membres de soutien.

4) Transport collectif

- Usagers potentiels : population générale en santé nécessitant une meilleure accessibilité aux soins de santé et aux services

L'amélioration des services de transport collectif s'avère, pour plusieurs territoires de l'Estrie, un enjeu particulier qui touche non seulement l'accessibilité aux services régionaux de santé mais aussi à d'autres aspects du développement des communautés. À titre d'exemple, la MRC du Haut-Saint-François et celle du Granit occupent les extrémités sud-est de l'Estrie. Elles couvrent une superficie de 2 300 km² pour le Haut-Saint-François (2^e plus grande) pour 21 394 habitants et de 2830 km² pour le Granit (1^{re} plus grande) pour 22 000 habitants. La population y est disséminée dans de petites municipalités qui n'ont pas la masse critique nécessaire pour assurer la rentabilité d'une desserte d'un transport collectif privé.

Un autre facteur contribuant à la demande pour des services de transport collectif consiste au manque de ressources des établissements de santé en périphérie. La population de la MRC du HSF dépend, pour plusieurs services, du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS). Le CSSS du HSF ne dispose pas de lit d'hospitalisation. Or, tous les cas nécessitant un séjour en hôpital sont acheminés au CHUS de Sherbrooke. Ainsi, les déplacements intra et inter-MRC sont rendus très problématiques par l'absence de transport collectif dans ce territoire. Ne disposant pas de tous les services nécessaires, la population de cette MRC se rend régulièrement à Sherbrooke où se trouvent certains services régionaux non disponibles sur son territoire.

5) Promotion des saines habitudes de vie (activité physique, nutrition, etc.)

- Usagers potentiels : population générale en santé soucieuse de préserver son état de santé ou de l'améliorer

Dans la population générale en santé, il peut sembler plus difficile de mobiliser les gens autour de la promotion des saines habitudes de vie. De plus, tel que mentionné dans le cadre de référence des projets cliniques, l'enjeu pour cette clientèle consiste principalement à améliorer l'accessibilité. On peut penser ici aux infrastructures de sports et loisirs, à l'accessibilité aux aliments santé (économique et géographique), etc.

Cependant, dans certains milieux, comme les milieux de travail, la situation peut être différente. À cet égard, la Coop santé de l'Université de Sherbrooke s'avère un modèle d'intérêt, car celui-ci pourrait bien se transposer dans les grandes entreprises ou même les regroupements d'entreprises souhaitant offrir un service additionnel à leurs employés dans une optique d'amélioration de la santé et du bien-être au travail. Cet exemple montre en effet que pour des services d'éducation et de promotion et même certains services de prestation (ex. physiothérapie), le regroupement de la demande sous la forme coopérative peut s'avérer faisable. À cet effet, un gestionnaire a même mentionné que la plus importante entreprise de son territoire était intéressée à mettre en place des programmes de saines habitudes de vie pour ses employés, et avait sollicité le CSSS pour qu'il l'accompagne dans la mise en œuvre du projet.

Certes, il existe des problèmes de santé dans les milieux de travail. Il faudra toutefois préciser le créneau porteur car d'autres acteurs sont déjà impliqués dans le domaine de la santé et sécurité au travail (SST). Dans le cas des mutuelles de SST, on offre plutôt des services-conseils aux employeurs et non

spécifiquement aux employés, et les interventions ne sont pas orientées vers une prise en charge de la santé par les individus, ce que pourrait venir bonifier le modèle des « coopératives-santé de travailleurs ». Pour le cas de l'Université de Sherbrooke, il est important de noter que la clinique santé sur le campus est réservée aux étudiants. Pour le moment du moins, le personnel est donc exclu de ce service. Cependant, ce dernier profite bien des loisirs et autres activités organisées tout au long de l'année.

6) Accès aux médecins de famille et aux soins de santé

- Usagers potentiels : population générale en santé aux prises avec une accessibilité réduite aux soins de santé

À Sherbrooke, le projet clinique fait état d'un besoin pour des médecins de famille, au même titre qu'on identifie certains secteurs de la ville où l'enjeu d'accès aux soins de santé est plus criant¹³. À cet égard, certains répondants de CSSS soulèvent la possibilité que les coopératives de santé soient une alternative au modèle de clinique privée, tout en étant intégrées aux réseaux locaux de services (RLS). À titre d'exemple, certains mandats de groupes de médecine familiale pourraient être octroyés à des coopératives. C'est d'ailleurs le cas dans les coopératives d'Aylmer et de Saint-Étienne-des-Grès qui sont ainsi accréditées. Dans ce service de prestation, les coopératives pourraient devenir des partenaires en se positionnant comme gestionnaires de services immobiliers (ex. local pour pharmacie et pour clinique) et de logistique (employés; matériels et équipements de bureaux; etc.).

Dans le cas des CSSS dont le territoire est en grande partie rural, l'accès aux soins médicaux constitue aussi une préoccupation, notamment en ce qui a trait à la consolidation des ressources existantes ou à l'expansion planifiée de la prestation de services dans de nouvelles zones non couvertes par les RLS. C'est le cas pour la situation des médecins pratiquant en région, qui ont commencé à prendre leur retraite et qui offrent des services que les RLS souhaiteraient bien maintenir. Dans ces cas, la proximité des services généraux de première ligne est une préoccupation majeure pour les communautés éloignées. De ce côté, deux pistes ou questionnements émergent : Est-il envisageable de gérer, en partenariat avec le CSSS, un point de services dans une communauté? De plus, est-il pensable que le modèle coopératif soit une issue pour assurer la relève des médecins opérant en clinique privée et sur le point de partir à la retraite?

Cependant, tel que le soulignait un gestionnaire de CSSS, s'il n'y a pas de services connexes tels qu'une pharmacie à proximité des cliniques médicales ou du moins facilement accessible (ex. il fait considérer la logistique de livraison), le gain en accessibilité demeurera partiel car les gens devront se déplacer de toute façon pour faire l'achat de leurs médicaments. Dans le cas de la coopérative de santé d'Eastman, une pharmacie a déjà été implantée tout récemment, dans le but notamment de compléter une offre locale de soins de santé (projet de coopérative de type clinique médicale).

¹³ L'étude réalisée en 2008 pour le compte de la CDR Estrie (Dubois, Hince, Mello et Paquin) fait d'ailleurs état d'un besoin pour une clinique médicale dans le secteur du Mont-Bellevue où résident de nombreux résidents néo-québécois et où la population est globalement plus défavorisée.

5.1.2 Quatre orientations possibles pour le développement coopératif en Estrie

Les orientations de développement sont les options stratégiques que peuvent suivre des organisations en termes de nouveaux services et de nouvelles clientèles, selon leur capacité stratégique et les attentes de leurs parties prenantes. La perspective adoptée ici repose sur la considération que le mouvement coopératif estrien regroupe un ensemble de ressources, une offre globale de services existants et un potentiel de mobilisation et d'organisation de services qui constituent en quelque sorte sa capacité stratégique. Les réseaux locaux de services et les acteurs régionaux de la santé et des services sociaux représentent ainsi les parties prenantes du mouvement coopératif en ce qui a trait aux activités des coopératives dans le secteur de la santé en Estrie. Le concept de clientèle réfère ici à celui des usagers, existants ou nouveaux, des services de santé.

Ainsi, à la lumière des informations recueillies au cours de cette recherche, quatre grandes orientations stratégiques sont envisageables pour le développement coopératif dans le secteur de la santé en Estrie : la consolidation, le développement des clientèles, le développement des services et la diversification¹⁴. Les options varient en fonction des besoins exprimés par les diverses clientèles (existantes et nouvelles) et des forces et des faiblesses dans l'organisation et l'offre des services et des soins (existants et nouveaux) dans un territoire donné, que ce soit à l'échelle des Réseaux locaux de services ou celle de la région de l'Estrie. Le schéma suivant illustre les quatre orientations possibles.

Orientations stratégiques

	Services existants	Nouveaux services
Clientèles existantes	Confortement	Développement de services
Nouvelles clientèles	Développement de clientèles	Diversification

Source : Johnson, G., Scholes, K., Whittington, R. et F. Fréry (2005). *Stratégique, 7^e édition*. Pearson Education France. Paris.

Confortement : Consiste, pour le mouvement coopératif estrien, à protéger et à renforcer la capacité des coopératives déjà en opération vis-à-vis de leurs clientèles actuelles à partir de leurs services existants (consolidation) OU à accroître le nombre de personnes desservies au sein des clientèles actuelles et avec les services existants (pénétration).

- Ex. Soutenir les coopératives en services à domicile et en habitation existantes qui offrent toutes deux des services à diverses clientèles en Estrie. Soutenir ces coopératives dans l'accroissement de leur nombre d'usagers peut aussi constituer une orientation pertinente pour le mouvement coopératif.

¹⁴ Bien que ce cadre, inspiré de la littérature sur la théorie de la stratégie, soit très général, il est apparu pertinent et adapté à la situation qui concerne l'objet de recherche qui porte sur le développement des coopératives dans le secteur de santé en Estrie.

Développement de services : Consiste, pour le mouvement coopératif estrien, à proposer une offre nouvelle aux clientèles existantes.

- Ex. Offrir des services de santé aux membres des coopératives d'habitation, offrir aux usagers des coopératives de services à domicile des services de santé additionnels (ex. bilan santé).

Développement de clientèles : Consiste, pour le mouvement coopératif estrien, à proposer des services déjà existants à de nouvelles clientèles (clientèles plus spécifiques ou territoires nouveaux).

- Ex. Créer, à l'instar du modèle de la Coop santé de l'Université de Sherbrooke, des coopératives pour l'éducation/prévention/promotion en milieu de travail dans les entreprises de la région. Cela pourrait aussi constituer un projet d'envergure régionale pour la Coop santé de l'Université de Sherbrooke.

Diversification : Consiste, pour le mouvement coopératif estrien, à s'engager dans des domaines d'activités où il n'est pas encore présent, tant en termes d'offre de services que de clientèles desservies.

- Ex. Assurer la relève d'une clinique privée en milieu rural, implanter un point de services cliniques dans un milieu. Le dossier de la coopérative santé d'Eastman illustre bien une des possibilités de diversification du mouvement coopératif en ce qui a trait aux soins de santé.
- Ex. Créer une coopérative de 2^e niveau offrant de nouveaux services régionaux à des organisations locales (ex. coopérative offrant des services alimentaires à des coopératives d'habitation se préoccupant de la santé de leurs membres). À cet égard, deux modèles de type OBNL semblent appréciés, soit *JEVI* et *Naissance-renaissance Estrie* (bonne équité régionale-locale).
- Ex. Favoriser le développement de circuits de transport collectif à l'intérieur des MRC du Haut-Saint-François et du Granit (de certaines localités vers Weedon et East-Angus ou Lac-Mégantic) ou des différentes municipalités vers Sherbrooke. La coopérative pourrait également gérer, en partenariat avec les CSSS et le CHUS, les circuits du transport adaptés, regroupant ainsi divers types de clientèles.
- Ex. Coopérative offrant un espace d'intégration sociale et professionnelle. Au Québec les deux seules coopératives regroupant des personnes avec déficiences physiques et intellectuelles sont *Horisol* (coopérative de travail) et *Les ateliers Boirec* (coopérative de solidarité). Ces coopératives sont reconnues comme centres de travail adaptés. Elles dépendent majoritairement de subventions provenant de divers organismes gouvernementaux tels l'OPHQ, la mesure SOFI-CTA, la Fédération des coopératives de travail, Emploi Québec, le CLD, le CSSS, etc.

5.1.3 Portefeuille de projets

Certes, il apparaît évident que les orientations pour le développement des coopératives dans le secteur de la santé en Estrie porterait en grande partie sur des activités de diversification. Cependant, un plan d'action global peut évidemment reposer sur une combinaison d'orientations de développement pouvant se traduire en priorités et en projets. Les résultats attendus doivent pouvoir répondre à la fois aux critères du réseau

de la santé et aux critères « coopératifs ». Le tableau suivant illustre donc les choix possibles dans le développement des projets coopératifs en Estrie.

Portefeuille de projets coopératifs en santé

Pistes d'action	Orientations stratégiques			
	Confortement	Développement de clientèles	Développement de services	Diversification
Ressources en habitation	Choix possibles pour les projets coopératifs dans le secteur de la santé en Estrie			
Services de soutien aux proches aidants				
Insertion sociale et professionnelle				
Transport collectif				
Promotion saines habitudes de vie				
Accès aux soins médicaux				

5.2 Défi du partenariat avec les CSSS (niveau tactique)

Certes, le partenariat est omniprésent dans les projets cliniques des RLS et implique en grande partie les relations qu'entretiennent les CSSS (divers services) avec les organismes du milieu, largement de type OBNL. Cependant, avec l'arrivée des coopératives dans ces réseaux, la notion même de partenariat, ou plutôt la compréhension commune de cette notion pose et posera un défi. Les partenaires considérés comme tels seront aussi élargis et impliqueront d'autres types comme par exemple les entreprises. Dans cette perspective :

- Les collaborations les plus probables avec le réseau de la santé concernent les populations plus défavorisées. Dans le cas des populations non défavorisées, le rôle des acteurs institutionnels des réseaux locaux de la santé et des services sociaux sera moins important, voire très marginal. À titre d'exemple, la Coop santé de l'Université de Sherbrooke ou encore la Coopérative Mont-Gym à Lac-Drolet¹⁵ s'inscrivent dans cette nouvelle tendance.
- Les modes de collaborations devront nécessairement respecter les principes coopératifs, dont celui de l'autonomie des membres. À cet égard, un exemple intéressant est le cas des coopératives d'habitation des Haubans et l'Autre-toit qui reposent sur une prise en charge « accompagnée » où les ressources du milieu (OBNL, FCHE et le service d'action communautaire du CSSS) occupent une place très importante au sein même de la gouvernance.

¹⁵ Cette coopérative offre un accès à une salle de gymnastique et à des services en santé physique à une population en milieu rurale, grâce à l'appui de divers partenaires tels que municipalités, CLD, Caisse populaire Desjardins, entreprises locales, etc.

- Les gestionnaires dans les CSSS ont l'habitude de travailler avec les OBNL, et ont, dans la plupart des cas, de bonnes collaborations avec ces organismes. Ceux-ci connaissent toutefois peu le modèle de coopérative et ne sont pas certains de la place que pourrait occuper ce type d'organisation dans le secteur de la santé en Estrie.
- Il semble que les coopératives ne figurent pas parmi les critères de financement des programmes de soutien aux organismes communautaires.
- Possible pression exercée par le réseau de la santé envers les coopératives en fonction d'un besoin identifié dans la population générale et non seulement auprès des membres de la coopérative. Ex. La Brunante à Racine où le réseau semble identifier des besoins plus grands en hébergement et en services que la capacité et volonté des membres de répondre à de tels besoins.

5.3 Défi de la complémentarité et de l'intégration aux RLS (niveau opérationnel)

Les réseaux locaux de services regroupent de multiples intervenants et professionnels, que ce soit dans la prestation de services sociaux, de soins médicaux et de l'offre de services de proximité. Diverses approches et méthodes d'intervention cohabitent ainsi au sein des territoires (OBNL, coopératives, etc.). Le défi majeur des réseaux locaux de services est de mettre en pratique le principe de la responsabilité des individus, des organisations et des communautés pour la santé.

Ainsi, les informations recueillies lors de l'analyse des projets cliniques nous amènent à réfléchir au potentiel de développement des coopératives en fonction de leur complémentarité aux organismes partenaires œuvrant déjà sur le territoire, notamment les OBNL. À cet égard, il pourrait s'avérer pertinent de faire la promotion de la formule coopérative auprès des usagers des services mais aussi auprès des professionnels de la santé (ex. ergothérapeutes, physiothérapeutes et inhalothérapeutes) et des services sociaux ainsi que des autres intervenants.

Rappelons, à titre d'exemple, que la Coopérative de solidarité de services à domicile de Memphrémagog était à l'origine un volet d'économie sociale en entretien ménager, à l'intérieur d'un OBNL, à savoir, le Comité d'action bénévole (CAB). Tel que souligné par les répondants pour le projet de coopérative d'habitation des Haubans, la formule coopérative est intéressante car elle permet une meilleure prise en charge et favorise un processus d'apprentissage collectif des personnes.

6. DISPOSITIF POUR LE DÉVELOPPEMENT COOPÉRATIF EN ESTRIE : UNE DÉMARCHE DE RÉSEAUTAGE

Tel qu'anticipé au début du mandat, le dispositif pour l'articulation des actions futures s'avère plutôt de l'ordre d'une démarche à soutenir, à animer, que d'une structure organisationnelle à mettre sur pied (référence à la notion de Système local d'innovation coopérative en santé - SLICS). En effet, on note le besoin pour un réseautage élargi ainsi que l'échange et le partage des bonnes pratiques entre le milieu coopératif et le milieu de la santé qui favorisera la promotion de la formule coopérative et surtout une meilleure connaissance de ce type d'organisation.

En effet, les potentialités et les défis identifiés pour le développement des coopératives dans le secteur de la santé en Estrie montrent qu'il faut d'abord miser sur la création d'un réseau d'acteurs concernés par les besoins de santé de la population, ouverts aux solutions novatrices d'organisation collective des services misant sur la prise en charge des individus et des communautés ainsi que des acteurs intéressés par le rapprochement des coopératives et des réseaux locaux de services (RLS).

Bien que des liens plus spécifiques aient été observés entre certaines coopératives et les CSSS de l'Estrie (ex. ententes de services), on ne trouve aucun lieu spécifique de réseautage et encore moins un espace pouvant favoriser la promotion du modèle coopératif et la collaboration du milieu coopératif estrien avec les multiples acteurs du secteur de la santé. Pour que le modèle coopératif devienne une alternative, il faut que le rapprochement se fasse en amont de la création des nouveaux services dans le secteur de la santé. À titre d'exemple, on souligne que la CDR Estrie a été récemment invitée à présenter le modèle coopératif à des groupes de promoteurs d'un projet d'habitation pour clientèle spécifiques (ex. itinérants et santé mentale). Ce genre d'activités devrait pouvoir se multiplier à l'échelle des territoires locaux et de l'Estrie.

À cet égard, le Comité santé mis sur pied en septembre 2007 par la CDR Estrie prend toute son importance. Celui-ci mérite d'être soutenu et développé comme le lieu de réseautage permettant d'animer les échanges sur les enjeux prioritaires de la santé en région, de contribuer à la participation active des citoyens dans l'amélioration de leur santé et de sensibiliser les divers intervenants du réseau de la santé au potentiel de la formule coopérative. Sa composition actuelle reflète déjà une variété intéressante d'acteurs du monde coopératif et du réseau de la santé en Estrie : le directeur général de la CDR Estrie, une conseillère en développement coopératif de la CDR Estrie, le directeur général du CSSS des Sources, un organisateur communautaire du CSSS-IUGS de Sherbrooke, le directeur général de la Coop santé de l'Université de Sherbrooke, le directeur général de la Coopérative de solidarité de services à domicile Memphrémagog et une représentante de la Coop santé d'Eastman.

7. RECOMMANDATIONS

L'identification des défis et des potentialités nous permet de dégager plusieurs actions concrètes pouvant contribuer au développement coopératif dans le secteur de la santé en Estrie. Au terme des analyses et des discussions avec les membres du comité santé, il est apparu pertinent de reformuler les quatre priorités identifiées par ceux-ci en novembre 2008 et d'y associer les recommandations émergeant de la présente recherche. Le tableau suivant présente l'ensemble des actions concrètes que les membres du comité pourront mener en fonction des quatre priorités :

Quatre priorités	Actions concrètes à mener
<p>1. Favoriser le réseautage entre les divers acteurs du secteur de la santé et des intervenants du mouvement coopératif concernés</p>	<p>1.1 Poursuivre les travaux du présent comité santé à l'échelle régionale au sein duquel la CDR Estrie agit comme organisme pivot du réseau. Cependant, il serait pertinent d'élargir la participation des acteurs au sein du comité santé existant et de mieux définir le rôle de celui-ci en fonction des recommandations suivantes. À titre d'exemple, le comité peut constituer un pôle d'expertise stratégique régionale au profit des RLS et des communautés intéressées par les coopératives et le développement des services de santé en Estrie.</p> <p>1.2 Mobiliser d'autres acteurs stratégiques régionaux autour de la démarche et des pistes ciblées. Ex. la Direction de santé publique et la Direction de l'organisation des services, l'Institut de recherche et d'éducation pour les coopératives et les mutuelles de l'Université de Sherbrooke (IRECUS), etc.</p> <p>1.3 Entretenir des liens avec les acteurs stratégiques nationaux tels que la Fédération des coopératives de services à domicile et de santé, le Conseil québécois de la coopération et de la mutualité (CQCM) et l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS). Ces derniers pourraient être appelés à jouer un rôle de soutien, de conseil, etc.</p>
<p>2. Animer des échanges sur les enjeux prioritaires du secteur de la santé en Estrie et du rôle du mouvement coopératif dans le maintien et l'amélioration de la santé et du bien-être de la population estrienne</p>	<p>2.1 Mettre en place un système de « veille » permettant d'acquérir et de diffuser de l'information aux divers partenaires du réseau sur les modèles existants au Québec et ailleurs dans le monde.</p> <p>2.2 Élargir l'analyse stratégique aux services de prévention et de promotion des CSSS de l'Estrie ainsi que des acteurs régionaux impliqués de près ou de loin dans les activités de santé publique.</p> <p>2.3 Créer un espace sur le portail de la CDR et faire l'envoi électronique de brefs documents de veille, mettant par le fait même les résultats de recherche à la disposition des partenaires régionaux.</p> <p>2.4 Effectuer une recherche de type évaluative ainsi qu'une courte revue de littérature pour mieux pondérer les avantages coopératifs sur la santé des gens et sur l'organisation des services, notamment dans certains milieux, pas seulement dans les formules de coopératives cliniques (ex. accroître la synergie dans le milieu et la participation des usagers, assurer la pérennité des services, briser l'isolement des individus, etc.).</p>

Quatre priorités	Actions concrètes à mener
	<p>2.5 Organiser un événement de type colloque ou séminaire invitant ainsi divers acteurs de la région à échanger sur la question des coopératives et de la santé.</p>
<p>3. Contribuer à l'intégration et à la responsabilisation du citoyen dans la participation active à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population estrienne</p>	<p>3.1 D'une part, le comité santé devra promouvoir et soutenir l'implantation de la formule coopérative dans le développement des services en santé de même que favoriser la concertation entre les promoteurs de projets coopératifs et les instances ou les responsables de services dans les réseaux de la santé de façon à déterminer les orientations à prendre (confortement, développement de clientèles, développement de services et diversification) en fonction des besoins des RLS et des communautés.</p> <p>3.2 D'autre part, le comité santé devra être réceptif, voire favorable à la promotion de projets touchant les six pistes identifiées dans la présente recherche, soit :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Ressources en habitation (avec services) pour diverses clientèles vulnérables; ➤ Services de soutien aux proches aidants; ➤ Insertion sociale et professionnelle pour personnes atteintes de déficiences physiques et intellectuelles légères; ➤ Transport collectif pour la population générale éloignée des établissements de services et de soins; ➤ Promotion des saines habitudes de vie auprès de la population générale; ➤ Accès aux médecins de famille et aux soins de santé pour la population générale aux prises avec une accessibilité réduite.
<p>4. Sensibiliser les intervenants du secteur de la santé et des services sociaux au potentiel de la formule coopérative comme partie de la solution à la réponse aux besoins de santé des communautés</p>	<p>4.1 Créer un arrimage politique et stratégique entre le comité santé et le réseau de la santé (Agence et CSSS) pour faciliter l'émergence des coopératives (du moins favoriser la reconnaissance de ce type d'organisation pour les services de santé).</p> <p>4.2 Organiser des séances d'information à l'intention des gestionnaires et des intervenants des CSSS sur la formule coopérative (ses principes, ses fondements, ses valeurs; ses implications; ses défis; ses retombées en termes de valeurs ajoutées; etc.).</p> <p>4.3 Proposer aux divers intervenants communautaires des rencontres entre les acteurs coopératifs estriens et les groupes de promoteurs en démarche de mobilisation de projets collectifs en santé et services sociaux.</p> <p>4.4 Promouvoir la formule coopérative dans les regroupements et les comités d'usagers de la santé en Estrie en lien avec les six pistes précédemment identifiées (ex. Regroupement des aidants naturels de l'Estrie).</p>

Évidemment, le déploiement de telles actions devra être envisagé sur un horizon de plusieurs mois, voire de quelques années, et ce, en fonction des priorités que les membres du comité santé jugeront les plus appropriées et les plus faisables. De plus, il importe de rappeler que les modalités de ce déploiement pourront être assurées à partir des ressources et des compétences disponibles au sein du comité santé et par des collaborations externes, qu'elles soient financières, techniques ou matérielles. Donc, de façon globale, il sera pertinent pour le comité santé de se doter d'un plan d'action et d'une démarche de partenariat pour certaines actions considérées dans ce plan.

8. CONCLUSION

Un des constats importants s'étant dégagé de l'analyse des coopératives estriennes impliquées dans le secteur de la santé et des services sociaux en Estrie est celui du lien parfois ténu entre celles-ci et les instances de la santé, notamment les CSSS. Tel que souligné, cela semble propre au développement de projets coopératifs qui prennent racine avant tout dans un processus de prise en charge collective. Néanmoins, certains cas affichent des relations plus étroites avec les acteurs des réseaux locaux de services, notamment les CSSS, comme dans les coopératives de services à domicile et d'habitation. L'arrimage entre les coopératives et les CSSS faisant d'ailleurs partie des préoccupations au début de la recherche, ce constat confirme en quelque sorte le besoin pour le renforcement des liens entre le mouvement coopératif et les divers acteurs des réseaux locaux de services.

En ce qui a trait aux projets cliniques, l'analyse comparative des priorités de chacun des territoires estriens montrent que certains besoins pourraient être comblés par l'apport des coopératives, soit sur le plan de la santé des individus, des communautés et du développement durable des territoires. En effet, l'analyse des projets cliniques a permis d'identifier certaines pistes d'actions, particulièrement dans la prestation de services sociaux, qui représentent des potentiels de développement pouvant respecter la réalité coopérative. Cela étant dit, il serait pertinent, dans une prochaine phase de recherche, d'élargir le spectre d'étude aux activités et aux initiatives portant sur la promotion et la prévention. À cet égard, il pourrait être intéressant de recenser certains cas dans d'autres régions du Québec portant sur ce type de services et en lien avec les six pistes d'action de manière à enrichir la compréhension des projets coopératifs et des liens avec les RLS.

Enfin, l'esprit qui doit porter le développement des coopératives dans le secteur de la santé en Estrie est avant tout celui de l'innovation sociale¹⁶. À cet égard, il apparaît nécessaire de créer un espace de réflexion et de partage de bonnes pratiques entre le mouvement coopératif et les acteurs de la santé et des services sociaux en Estrie. En effet, il importe de mieux comprendre les problématiques de la santé et les besoins des populations, des communautés et des institutions, particulièrement en ce qui a trait à la prévention et à la prestation des services dans le secteur de la santé afin de mieux positionner les coopératives et faire valoir leur valeur ajoutée, notamment auprès des instances telles que les CSSS. Deux changements majeurs s'avèrent nécessaires :

- la meilleure compréhension de la réalité coopérative de la part des acteurs de la santé et des services sociaux, et ce, en regard de la contribution potentielle des coopératives en santé;
- la meilleure compréhension des acteurs coopératifs de la réalité du secteur de la santé et des services sociaux, et ce, en regard des améliorations souhaitées sur les plans de l'accessibilité, de la qualité et de la continuité des services.

Les recommandations soumises dans ce rapport constituent, à cet égard, des bases à la formulation d'une véritable stratégie de positionnement des coopératives dans le développement des services de santé en Estrie qui servira au comité dans la poursuite de ses activités.

¹⁶ Le Réseau québécois en innovation sociale (RQIS) définit ce concept comme « Toute approche, pratique, intervention ou encore tout produit ou service novateur ayant trouvé preneur au niveau des institutions, des organisations ou des communautés et dont la mise en œuvre résout un problème, répond à un besoin ou à une aspiration. » (<http://www.uquebec.ca/ptc/rqis>)

RÉFÉRENCES

Conseil de la coopération du Québec (25 août 2005). *Positionnement et orientations du Conseil de la coopération du Québec en matière de santé.*

Dubois, N, Hince, M., Mello, M et S. Paquin (juin 2008). *Coopérative clinique de santé à Sherbrooke - Facteurs de succès lors de la mise en place de coopératives dans le secteur de la santé.* Université de Sherbrooke.

Fédération des coopératives de services à domicile du Québec. *Portrait sommaire des coopératives de santé.* 30 juillet 2008.

Gosselin, R. et Y. Comeau (mai 2003). *Monographie de la coopérative de travail Horisol.* Collection Études de cas d'entreprises d'économie sociale - no ES0304. Cahiers du CRISES, Montréal: Université du Québec à Montréal.

Johnson, G., Scholes, K., Whittington, R. et F. Fréry (2005). *Stratégie, 7^e édition.* Pearson Education France. Paris.

Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec. *Projet clinique – Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux – résumé.* Octobre 2004.

ANNEXES

ANNEXE 1

Les personnes rencontrées et les outils d'entrevue utilisés

Personnes rencontrées ou contactées pour entrevue

Territoires	Répondants	Notes
CSSS du Granit	Janot Gosselin, OC Robert Bellefleur, OC	Responsables des projets cliniques
CSSS du Haut-St-François	Denis Payeur, gestionnaire CSSS	
CSSS du Val-Saint-François	Manon Allard, gestionnaire CSSS Gaston Michaud	Coop Habitation La Brunante
CSSS de Memphrémagog	Monique Giroux, gestionnaire CSSS Marco Desmarais, dg Gérard Marinovich, maire d'Eastman	Coop services à domicile Memphrémagog Coop santé Eastman
CSSS-IUGS de Sherbrooke	Marie Boivin, OC Carole Gendreau, OC Carol-Guillaume Gagné-Fédération des coopératives d'habitation de l'Estrie Céline Bureau, gestionnaire CSSS Paul Pronovost, OC Gaston Stratford, président Jacques Beaulac, dg Céline Ouellette, dg	projet coop l'Autre toit projet coop des Haubans projets coop l'Autre toit et des Haubans Coop santé de l'UdeS Coop santé de l'UdeS Coop serv. Domicile Estrie
CSSS des Sources	Mario Morand, dg CSSS Jean-Guy Nadeau, gestionnaire CSSS Joanne Gardner, ancienne coordonnatrice Henri-Paul Bellerose, président	Coop soins St-Camille Coop soins St-Camille
CSSS de la MRC de Coaticook	Andrée Duquette, gestionnaire CSSS	Pas d'OC dans ce territoire

OC = Organisateur communautaire

Canevas d'entrevue – Volet Coopératives

Voici les thèmes abordés lors des entrevues auprès des responsables des coopératives (fondateurs, gestionnaires, etc.) :

1. Contexte d'émergence (population, territoire, démarche de diagnostic, etc.)
2. Mobilisation et constitution (projet, leaders, clientèles/mission, etc.)
3. Fonctionnement (services, financement, gouvernance, rôle et contribution des partenaires, particulièrement le réseau de la santé, etc.)
4. Bilan et perspectives (leçons apprises, facteurs de pérennité, etc.)
5. Documents complémentaires

Canevas d'entrevue – Volet CSSS

Voici les thèmes abordés lors des entrevues auprès des responsables des projets cliniques dans chacun des sept CSSS de l'Estrie :

1. Partenariat (Organismes communautaires, cliniques médicales, GMF, élus, municipalités, autres acteurs de la santé et des services sociaux)
2. Priorité des CSSS (Ouverture et responsabilisation des acteurs locaux, développement des compétences, dynamisme du partenariat; etc.) – en lien avec le projet clinique
3. Approches préconisées (Consultation/concertation des acteurs locaux, de la clientèle, des leaders, des élus, autres corporations, etc.)
4. Application du Cadre de référence des projets cliniques (Alternatives, potentiels par rapport au cadre initial, impacts, avantages; etc.)
5. Nouvelles avenues du système de santé en Estrie (Orientations stratégiques)
6. Apprentissages et bonnes pratiques (Réseautage, consultation/concertation, développement des partenaires, mobilisation, coordination des parties prenantes; etc.)
7. Impact des coopératives de santé sur les éléments centraux (déterminants) des projets cliniques (Continuité, accessibilité, qualité)
8. Attentes des gestionnaires des CSSS par rapport à l'émergence des coopératives dans le secteur de la santé (Potentiel des coopératives dans le RLS, perception des coopératives par rapport aux OBNL, créneaux pour les coopératives; etc.)

ANNEXE 2

Les coopératives estriennes étudiées

**Coopérative de solidarité de services à domicile Memphrémagog
Avril 2009**

**Recherche et rédaction
Joël Bolduc**

PROFIL DE LA MRC DE MEMPHRÉMAGOG

Profil sociodémographique¹⁷

La MRC de Memphrémagog couvre une superficie de 1319 km². Elle comptait une population de plus de 45 000 personnes en 2006, une augmentation de 7,2 % par rapport à 2001. Comme bien des régions, Memphrémagog voit sa population vieillir. De fait, l'âge médian était de 46 ans en 2006 et 35 % de la population totale était âgée 55 ans ou plus.

Au niveau du revenu médian après impôt des ménages, il s'élevait à 38 808 \$ en 2005. Celui des personnes de 15 ans et plus se situait alors à 21 913 \$. Enfin, le pourcentage de faibles revenus après impôt était de 6,8% (12,5% pour l'ensemble du Québec).

Profil économique¹⁸

Selon Emploi-Québec, on estime à 19 400 le nombre d'emplois dans la MRC de Memphrémagog. La population active œuvre principalement dans les secteurs tertiaire et secondaire.

Le secteur secondaire représente 35% des emplois de la MRC avec 6 790 emplois. Les principaux secteurs sont le caoutchouc et le plastique, les produits minéraux non métalliques et les produits métalliques.

Le secteur tertiaire est en croissance, principalement en raison de la vocation touristique de la MRC. Ce secteur compte plus de 12 000 emplois, soit 62 % de l'ensemble des emplois du territoire. Ce sont dans les secteurs du commerce, de l'hébergement et de la restauration que l'on trouve le plus d'emplois. Les secteurs de l'enseignement et de la santé sont aussi des employeurs très importants.

CONTEXTE GÉNÉRAL D'ÉMERGENCE

Les origines de la *Coopérative de solidarité de services à domicile Memphrémagog (CSSDM)* remontent à 1994. À cette époque, l'organisme *Carrefour du Partage*, le centre action bénévole de Magog, mettait sur pied un service d'entretien ménager. Ce volet d'économie sociale du *Carrefour du Partage* était reconnu comme un organisme d'employabilité admissible au programme *Défi-Autonomie* subventionné par la Régie

¹⁷ Les données statistiques sont tirées des *Profils des communautés de 2006* de Statistique Canada (2007).

¹⁸ Tiré du site Internet du CLD de Memphrémagog [<http://www.cldmemphremagog.com/francais/profildelaregion/profe.htm>]

*régionale de la santé et des services sociaux pour le maintien des personnes âgées à domicile.*¹⁹

Toutefois, le mode de financement des salaires par subvention obligeait un roulement de personnel important qui déplaisait à la clientèle. Des changements devaient donc être apportés pour assurer la survie des services.

LES PREMIÈRES DÉMARCHES

La solution coopérative

En 1997, la coopérative de solidarité apparaît comme une solution intéressante pour la coordonnatrice du service d'entretien ménager. Cette dernière reçut le soutien de la *Coopérative de développement régional de l'Estrie* pour convaincre le conseil d'administration du *Carrefour du Partage* de délaissier le service d'entretien ménager et d'encourager sa transformation en coopérative de solidarité. En 1998, les membres fondateurs tinrent l'assemblée de fondation. Parmi les membres de soutien se retrouvaient la *Corporation de développement communautaire* (CDC), le *Carrefour du Partage* et le CLSC. Quant aux membres travailleurs, ils ont été recrutés parmi les préposés du service d'entretien ménager.

Selon un article du quotidien *La Tribune*, le mandat du service d'entretien ménager, soit de combler les besoins en matière de services à domicile de certaines personnes en perte d'autonomie, se trouvait en même temps à s'élargir, car en plus d'obtenir une plus grande autonomie, la coopérative pouvait en même temps offrir ses services à une clientèle plus active.²⁰

Mission et objectifs de la coopérative²¹

La mission de la CSSDM est d'*offrir des services à domicile à toute la population de la MRC de Memphrémagog, en assurant sa pérennité par la création d'emplois durables et de qualité tout en répondant aux besoins dans le domaine du maintien à domicile et de toute autre activité connexe tel que : accompagnement et soutien aux proches aidant.*

Les objectifs sont donc les suivants :

- Offrir des services d'aide à domicile dans la MRC de la région de Memphrémagog ;
- Créer des emplois durables et de qualité ;
- Offrir des services d'accompagnement et de soutien aux proches aidants ;
- Contraindre le travail au noir dans le domaine de l'aide domestique.

¹⁹ Isabelle BOIVIN et Louis Jacques FILION (2001), *Coopérative de solidarité de services à domicile de Memphrémagog*, École des HEC, p. 4.

²⁰ *La Tribune*, *Pour les citoyens de la région Memphrémagog, un rêve de solidarité de services à domicile réalisé*, 19 octobre 1999, p. A1.

²¹ CSSDM (2008), Guide de bienvenue.

FONCTIONNEMENT DE LA COOPÉRATIVE

Vitalité associative

En mars 2009, la CSSDM regroupait environ 1000 membres utilisateurs actifs, 89 membres travailleurs et deux membres de soutien²².

Malgré un nombre important de membres travailleurs et utilisateurs, le dynamisme de la vie associative semble être une faiblesse de la CSSDM. D'abord, l'éducation coopérative est une lacune. Les travailleurs ne disposent que peu d'informations sur le fonctionnement d'une coopérative et de leur place au sein de cette dernière. Par exemple, le *Guide de bienvenue* des nouveaux membres travailleurs ne renferme aucune information sur la formule coopérative. Aussi, les rapports annuels de la coopérative sont très peu détaillés et contiennent peu d'informations sur les discussions entre les membres et leurs représentants. Par contre, la direction de la CSSDM publie régulièrement un petit journal interne (*S'COOP*) pour informer les travailleurs sur différents sujets (changements aux conditions de travail, nouveautés, etc.).

Au moment de la rédaction du présent document, un des deux postes d'administrateur de la catégorie membre de soutien était vacant.

Conseil d'administration

Le conseil d'administration est composé de sept personnes, soit deux membres travailleurs, deux membres de soutien et trois membres utilisateurs.

Avantages pour les membres

Membres travailleurs

En février 2009, la CSSDM comptait 83 préposés, 5 employées de bureau et un directeur général. Les travailleurs de la coopérative ont accès à des avantages sociaux comme une assurance collective (absorbée à 50% par la CSSDM), une couverture de la CSST (absorbée à 100% par la CSSDM), des vacances et divers congés payés (ex. : maladie). Les frais relatifs déplacements sont remboursés par la CSSDM (kilométrages et temps de déplacement). De plus, les travailleurs n'ont pas à faire eux-mêmes la recherche de clients à qui offrir leurs services. La coopérative s'occupe elle-même de la promotion et du recrutement de membres utilisateurs.

En ce qui concerne la formation des travailleurs, la direction générale semble y porter de l'importance. En 2007-2008, la coopérative a offert trois formations à ses préposés : déplacement sécuritaires des bénéficiaires (PDSB), réanimation cardio-respiratoire (RCR) et gestion des déplacements. À partir du 1^{er} janvier 2009, la CSSDM devra se conformer à la *Loi favorisant le développement et la reconnaissance des compétences de la main-d'œuvre* en investissant un montant équivalant de 1% de sa masse salariale dans la formation de ses travailleurs, car sa masse salariale a dépassé, pour la première fois de son histoire, le million de dollars en 2008.

²² Le nombre de membres de soutien (2) est tiré du rapport annuel 2007-2008 de la CSSDM.

Membre utilisateurs

Les 1000 membres utilisateurs de la CSSDM profitent de plusieurs avantages :

- Les services de la coopérative évitent aux utilisateurs d'effectuer eux-mêmes des démarches de recherche et de recrutement d'un travailleur offrant des services d'entretien ou autres ;
- La coopérative gère les conflits entre les membres utilisateurs et travailleurs ;
- La coopérative absorbe les frais de déplacements (temps et kilométrage) des membres travailleurs;
- La CSSDM est une entreprise d'économie sociale en aide domestique (EESAD) reconnue par le gouvernement du Québec. À ce titre, ses usagers peuvent bénéficier du programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique (PEFSAD). De plus, les personnes âgées de 70 ans ou plus bénéficient du crédit d'impôt pour le maintien à domicile ;
- Les utilisateurs référés par le CSSDM et âgés de 65 ans et plus n'ont pas à payer les taxes fédérales et provinciales.
- Chaque nouveau membre est rencontré par une ressource de la CSSDM afin de s'assurer de répondre adéquatement aux besoins, ainsi que de valider l'horaire et la tarification.

Services

Les services de la CSSDM sont offerts à toute la population de la MRC de Memphrémagog. Ces derniers peuvent aussi bien faciliter le maintien à domicile des personnes âgées ou handicapées, que la conciliation travail-famille des jeunes ménages actifs. Plus précisément, le panier de services pourrait se diviser en trois catégories :

- Services d'aide domestique
 - Entretien ménager léger ;
 - Grand ménage intérieur et extérieur ;
 - Nettoyage des électroménagers ;
 - Installation des décorations de Noël ;
 - Rafraîchissement d'une pièce (peinture) ;
 - Appui dans les tâches quotidiennes et familiales ;
 - Menus travaux extérieurs ;
 - *Etc.*
- Services d'assistance à la personne
 - Préparation et aide aux repas ;
 - Accompagnement pour les courses ;
 - Visite chez le médecin
 - *Etc.*
- Soutien à la famille et aux aidants naturels
 - Répit aux aidants naturels (présence et surveillance) ;
 - Appui aux parents ;
 - *Etc.*

Financement

Les revenus de la CSSDM proviennent majoritairement de la prestation de services aux membres utilisateurs. Selon les états financiers au 31 mars 2008, les revenus provenant de la vente de services représente 98% du revenu total. La coopérative a également profité de subventions salariales d'Emploi Québec couvrant 2% des dépenses en salaires et avantages sociaux.

Le tableau suivant présente l'évolution constante du nombre d'heures de service vendues entre 2005 et 2009.

2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009
62 216 hrs	64 575 hrs	73 989 hrs	82 163 hrs

Planification

La CSSDM a élaboré un plan stratégique et d'action pour la période 2006-2011. Selon le directeur général, les activités du plan ont presque toutes été réalisées à ce jour. L'année financière 2007-2008 semble avoir été chargée en réalisation :

- Mise en place d'une assurance collective ;
- Entrée en mutuelle de prévention (CSST) ;
- Élaboration d'un programme de prévention ;
- Obtention de deux subventions salariales ;
- Mise en place d'un module de gestion des déplacements.

Les priorités pour l'année 2008-2009 étaient les suivantes :

- Intégration et évaluation du coût de revient ;
- Analyse de la politique de déplacement ;
- Remise des trop-perçus aux membres travailleurs ;
- Mise en place d'une politique de reconnaissance des membres travailleurs ;
- Signature d'une nouvelle entente de services avec le CSSSM ;
- Mise à jour du plan d'organisation ;
- Mise à jour de la politique sur le harcèlement en milieu de travail ;
- Planification du 10^e anniversaire de la coopérative.

Liens avec le CSSSM

La coopérative et le CSSSM sont liés par une entente d'une durée de trois ans. Selon le directeur général de la coopérative, environ 60% de la clientèle est référée par le CSSSM pour permettre le maintien à domicile des personnes. L'entente devait être renégociée et signée en 2007. Au début de 2009, cette dernière n'était toujours pas renouvelée et une seule séance de négociation avait eu lieu entre les deux organisations. Selon le directeur général de la CSSDM, le sous-financement du CSSSM et les besoins grandissants en services de maintien à domicile chez les personnes âgées rendent les négociations plus

difficiles. Ce dernier souhaiterait, entre autres, avoir accès à certaines formations du CSSSM (déplacement sécuritaires des bénéficiaires et réanimation cardio-respiratoire). Un aspect intéressant de la négociation consiste en l'implication active d'une administratrice de la coopérative dans le processus. De fait, une membre de soutien, représentant le CSSSM, participe à la négociation de l'entente. Pour le directeur général de la CSSDM, l'implication d'une telle administratrice, qui comprend bien les réalités de la coopérative, est un avantage non négligeable pour la CSSDM.

Conformément à son plan d'action 2008-2011, la coopérative se positionne stratégiquement dans le projet clinique du CSSSM. À cet égard, la CSSDM travaille à analyser l'impact de la mise en place du réseau local, formaliser une entente de service avec le CSSSM et poursuivre son engagement dans le *Réseau intégré de services aux personnes âgées* (RISPA) de la MRC de Memphrémagog.

BILAN, PERSPECTIVES ET ENJEUX

La CSSDM est une entreprise d'économie en pleine croissance. Le vieillissement de la population dans la MRC de Memphrémagog explique en partie l'augmentation constante du nombre d'heures de service vendues.

Pour la période 2008-2011, la CSSDM envisagent, entre autres, les stratégies de développement et de croissance suivantes :

- 1- Positionner stratégiquement la coopérative dans le projet clinique du CSSSM ;
- 2- Rejoindre d'avantage de clientèle (accroître la productivité et augmenter le nombre de membres utilisateurs) ;
- 3- Élargir les champs d'activité auprès des clientèles vulnérables (Répondre aux besoins des proches aidants et déceler les nouvelles tendances comme la coiffure et les soins de pieds par exemple) ;
- 4- Poursuivre la création d'emploi ;
- 5- Développer et actualiser des stratégies visant le développement de la coopérative et de la main-d'œuvre (stratégies de promotion).

En ce qui concerne les enjeux de la CSSDM, l'étendue du territoire de la MRC de Memphrémagog semble présenter un défi important. L'absence d'une masse critique de clients et de travailleurs, dans les secteurs éloignés de la ville-centre (ex. : Stanstead, Mansonville, Stukely, Canton d'Hatley), oblige les travailleurs à se déplacer de Magog vers ces secteurs, occasionnant ainsi une perte nette de revenus pour la CSSDM. 14% des dépenses relatives au service à la clientèle sont des frais de déplacements remboursés aux travailleurs (chiffres de 2007-2008).

Un autre enjeu consiste à concilier la vision des membres utilisateurs et celle des membres travailleurs. Les besoins ne sont pas les mêmes pour chaque type de membres. Si les travailleurs souhaitent avoir les meilleures conditions de travail possibles, les membres utilisateurs demandent le meilleur service au meilleur prix possible. Voilà donc deux conceptions divergentes sur rôle de la coopérative. Évidemment, cette particularité n'est pas propre à la CSSDM et se retrouve dans beaucoup de coopérative de solidarité. Dans le même sens, le développement de la vie associative, intimement lié à l'éducation coopérative, est un défi pour une coopérative de solidarité qui, comme la CSSDM, comptent plus d'un millier de membres et

dont nombre d'utilisateurs sont des personnes en perte d'autonomie. De plus, les membres, peu importe la catégorie, visitent rarement le lieu physique d'affaires de la coopérative et entretiennent peu de liens avec la direction et le personnel de bureau. Par exemple, les travailleurs (préposés) se déplacent directement d'un membre utilisateur à un autre, sans avoir à prendre possession de matériel d'entretien au siège de la coopérative. Cette réalité a probablement un effet sur le développement du sentiment d'appartenance à la CSSDM et, conséquemment, sur le dynamisme du sociétariat.

Enfin, le vieillissement de la population, le manque de ressources humaines dans les CSSS et le sous-financement du système de santé occasionnent une augmentation des besoins en maintien à domicile chez les personnes en perte d'autonomie et les personnes dépendantes d'un proche aidant. Il apparaît que les travailleurs de la CSSDM devront offrir de plus en plus leurs services à une clientèle dite « lourde ». Conséquemment, la formation des travailleurs se présente comme un défi et une nécessité. Il s'agit ici d'assurer une prestation de services de qualité adaptée à une clientèle dont certains besoins sont actuellement comblés par le CSSS ou un proche aidant. Particulièrement proactive à cet égard, la CSSDM offre aux travailleurs intéressés de participer à une formation de 80 heures sur l'assistance aux personnes âgées offerte par la *Commission scolaire de la Région-de-Sherbrooke* à l'automne 2009. Le but de cette formation est de sensibiliser les travailleurs aux besoins psychologiques et sociaux des personnes âgées et à l'importance de la qualité des soins à leur dispenser.

RÉFÉRENCES

BOIVIN, Isabelle et Louis Jacques FILION (2001), *Coopérative de solidarité de services à domicile de Memphrémagog*, École des HEC, 27 p.

CSSDM (2008), *Guide de bienvenue*.

Entrevue avec le directeur général, réalisée le 11 février 2009.

La Tribune, *Pour les citoyens de la région Memphrémagog, un rêve de solidarité de services à domicile réalisé*, 19 octobre 1999, p. A1.

Statistique Canada (2007), *Profils des communautés de 2006*.

**Coopérative de services à domicile de l'Estrie
Avril 2009**

**Recherche et rédaction
Sabrina Paquin**

MISE EN CONTEXTE

C'est dans un contexte d'une population vieillissante, d'une offre de services aux aînés inadéquats parallèlement à une lutte au travail au noir, que la Coopérative de services à domicile de l'Estrie a vu le jour.

Vieillesse de la population

La population québécoise vieillit. À simple titre indicatif, entre 1995 et 2005 la population de plus de 65 ans au Québec a augmenté de près de 25% passant de 850 000 à plus de 1 065 000 personnes²³. En 2007, la population totale de Sherbrooke est de 149 807 habitants dont 14,65 % d'entre eux avaient plus de 65 ans (ISQ). Selon l'État de situation que la Ville de Sherbrooke a faite avant l'élaboration de la politique de développement social et communautaire, le passage de l'âge moyen de la population de 36,7 ans en 1996 à 39,3 ans en 2005, laisse aussi entrevoir un vieillissement de la population.

Le territoire

Lorsque la Coopérative de services à domicile de l'Estrie a été accréditée par la Régie d'assurance maladie du Québec, elle a été reconnue pour la région de Sherbrooke et du Val-St-François. Le territoire de Sherbrooke est d'une superficie de 354 km², mais sa densité de population est de 423,4 hab/km² alors que celle du Val-St-François est beaucoup moins dense, en plus de couvrir un territoire plus étendu. La superficie de la MRC du Val-St-François est de 1395 km² et on y retrouve 21,4 hab/km².

La tradition de coopération en Estrie

La présence d'une expertise relative au modèle coopératif en Estrie et plus précisément à Sherbrooke n'est plus à démontrer : elle se traduit par la présence de 160 coopératives (MDEIE; octobre 2008) dont 76, seulement à Sherbrooke. L'évolution de l'actif du mouvement coopératif estrien qui était de l'ordre du 141 820 326 \$ en 2005 pour 112 006 741 \$ en 2001, témoigne de l'ampleur qu'il prend. Tous les chiffres ont augmenté, que ce soit le chiffre d'affaires, le nombre de membres total, de même que le nombre d'emplois que ces coopératives créent (CDR-Estrie). Au-delà de ces statistiques, il ne faut pas oublier qu'en Estrie, la CDR est une actrice importante puisqu'elle permet de renforcer le mouvement coopératif, mais surtout d'offrir un certain support technique aux coopératives tel un service-conseil pour la création, le démarrage et le suivi. C'est aussi à Sherbrooke que l'on retrouve la Maison de la coopération qui réunit, entre autres, la Fédération Coop-Habitat Estrie, la Coopérative d'habitation des Cantons-de-l'Est, la Coopérative de services à domicile de l'Estrie, la CDR – Estrie et la Fédération des

²³ CSDE (1999), Un modèle sherbrookoïse qui a fait Boule de Neige, La Coopérative de services à domicile célèbre ses 10 ans, Communiqué du 30 septembre 1999.

coopératives funéraires du Québec. Finalement, l'Université de Sherbrooke offre, pour sa part, une maîtrise en gestion des coopératives. Bref, le savoir-faire en matière d'implantation et de support à la gestion coopérative est présent dans le milieu sherbrookoïse.

CONTEXTE GÉNÉRAL D'ÉMERGENCE

La Coopérative de services à domicile de l'Estrie est un projet initié par le Centre de santé et des services sociaux (CSSS), anciennement nommé CLSC. Effectivement, dans les années 80, en réponse au contexte créé par le virage ambulatoire, l'éclatement des familles et le vieillissement de la population, le CLSC avait créé, en matière de services de maintien à domicile, un système de référence à des travailleurs autonomes, puisque la demande augmentait constamment. Ce système est rapidement devenu ingérable. À titre d'exemples, lorsqu'une préposée au ménage ne se présentait pas chez un client, ce dernier téléphonait au CLSC. Or, les préposées n'étaient pas des employés du CLSC et les coordonnateurs du CLSC n'avaient aucun contrôle sur eux. Ainsi, c'est dans cette conjoncture que le CLSC, aidé d'un comité, étudia la possibilité de mettre sur pied une coopérative de service à domicile.

À l'époque, la situation n'était pas que le service de maintien à domicile n'était pas comblé : il l'était en partie par les entreprises privées et le travail au noir. Cependant, il semble que les services rendus ne s'arrimaient pas complètement aux besoins des personnes âgées qui recherchaient une certaine sécurité, voire une certaine stabilité : ce qu'un grand roulement de personnel ne permettait pas toujours.

LES PREMIÈRES DÉMARCHES

Projet initial

C'est une organisatrice communautaire du CLSC, Louise Fontaine, qui en 1987, fait une demande d'étude de faisabilité d'un projet de maintien à domicile à la Régie régionale de la santé et des services sociaux (RRSSS). C'est par le biais du programme *Intervention, études et analyse en santé communautaire* qu'elle obtient une subvention lui permettant d'étudier les besoins des personnes âgées en matière de services de maintien à domicile et de voir deux personnes attirées à l'élaboration des étapes à suivre dans le cas d'une éventuelle implantation d'une coopérative de services à domicile destinée aux personnes âgées. La validité des besoins et l'étude de faisabilité se sont faites notamment par le biais de tournées au sein des clubs de l'âge d'or et d'un sondage effectué au Centre d'achat (Le Carrefour de l'Estrie).

L'étape suivante a consisté à mettre sur pied un groupe fondateur et promoteur. Carole-Line Nadeau et Louise Fontaine, les deux organisatrices communautaires affectées au projet se sont alors mises à la recherche de personnes pouvant remplir ces fonctions.

Comité fondateur promoteur

En 1988, le comité fondateur est formé de quinze personnes, dont huit conseillers parmi lesquels on retrouve les organisatrices communautaires; six retraités dont Jules Pichette, l'un des importants piliers de la Coopérative, ainsi que d'une personne travaillant auprès des personnes âgées. Il est à noter que M. Pichette était un assureur retraité du mouvement Desjardins qui avait multiplié les implications sociales. Il avait notamment été commissaire d'école et président de la Caisse populaire sociale de Sherbrooke. Les

personnes composant ce comité ont été interpellées par le bouche à oreille, bien qu'elles fussent choisies avec minutie de façon à rassembler une pluralité de compétences.

Une fois le comité mis sur pied, une étude plus approfondie de la faisabilité a été effectuée. Tout y a passé : (1) la concurrence; (2) les prévisions budgétaires; (3) les pistes de financement; (4) le portrait des éventuelles services qu'allait offrir la coopérative de même que (5) la réglementation s'y rattachant. Conjointement à l'exécution de l'étude de faisabilité, les démarches de constitution de la Coopérative ont été effectuées. Il y a d'abord eu la demande au ministère de l'Industrie, du Commerce, de la Science et de la Technologie du Québec, à l'époque (MICST), la proposition de règlements internes et l'établissement des registres de la Coopérative.

Suite à ce démarchage, la Coopérative a effectué, en avril 1989, une conférence de presse pour lancer sa campagne de promotion. Un mois plus tard, soit le premier mai 1989, près de 200 personnes, dont 102 retraités, assistaient à l'assemblée de fondation, laquelle était précédée par une rencontre d'informations. Selon Mme Ouellette, comme la Coopérative répondait aux besoins des personnes âgées, le bouche à oreille a joué pour beaucoup dans le recrutement des premiers membres. Aux termes de la première assemblée, 96 personnes étaient devenues membres; elles avaient adopté les statuts et règlements et fait élire 9 personnes sur le C.A. Jules Pichette était alors été nommé président. Il a d'ailleurs conservé ce poste de 1989 à 1997, en plus d'avoir été le premier président de la Fédération des coopératives de services à domicile du Québec en 1996.

À compter de ce moment, les membres du C.A. ont formé trois comités de façon à planifier et assurer le démarrage de la Coopérative. Il s'agissait du comité de financement, de comité promotion-recrutement ainsi que du comité d'information aux membres.

Des prévisions budgétaires par la méthode des scénarios (pessimiste, réaliste, optimiste) ont alors été élaborées, puis les membres du C.A. se sont mis à la recherche de financement pour le fonctionnement de départ. Des fonds devaient être amassés pour payer l'équipement de bureau de base, assurer le salaire d'une directrice, de même que pour couvrir les frais nécessaires des activités de promotion de départ. Des demandes de financement ont été effectuées auprès des députés et de plusieurs programmes de financement. Cette démarche a duré un an.

Entre-temps, Louise Fontaine déposait son rapport d'évaluation de fin de projet d'expérimentation. Elle y soulignait notamment la nécessité d'un réel partenariat entre le CLSC et la Coopérative afin de bien partager les rôles, mais aussi en vue d'éviter que les services publics régionaux se déresponsabilisent du maintien à domicile.

La directrice générale, Céline Ouellette, a été embauchée le premier septembre 1990. Dès lors, comme tout était à structurer, elle a travaillé à construire des outils de travail, à effectuer le portrait de la clientèle et à effectuer les diverses activités de promotion et de recrutement de nouveaux membres. Les outils utilisés consistaient d'abord en un dépliant explicatif sur les fondements d'une coopérative de même que sur les privilèges et services que la Coopérative offrait à ce moment. Ensuite, une tournée de clubs de l'âge d'or a été effectuée. Finalement, grâce à une subvention, la Coopérative a réussi à embaucher une réceptionniste pour une période de 5 ans.

Démarrage

Ce n'est qu'en novembre 1990 que la Coopérative a débuté ses activités. Au départ, la Coopérative offrait 8 services : l'entretien ménager, le grand ménage, la peinture, le lavage de fenêtre, la pose des doubles fenêtres, le lavage de tapis, le répit et l'accompagnement. Au cours de la première année, le service de soins d'hygiène à la personne a été ajouté, en réponse à la demande des membres. Cette pratique nécessitait des compétences supplémentaires. La Coopérative devait alors embaucher des auxiliaires.

Lors de sa première année d'activités, la Coopérative a fait un surplus de 11 122 \$. À ce moment, 98 % de ses revenus provenaient de subventions dont la principale était le programme *Autonomie des Aînés-e-s*. Cette subvention a été renouvelée de 1990 à 1993.

Synthèse de l'émergence et du démarrage de la CSDE	
1. Constats effectués notamment par l'organisatrice communautaire	1987
2. Obtention d'une subvention pour 2.1. Étudier le projet de services de maintien à domicile; 2.2. Affecter deux personnes-ressources à la planification de la mise sur pied.	1988
3. Validation des besoins : 3.1. Tournée des clubs de l'âge d'or; 3.2. Sondage au Carrefour de l'Estrie.	1988
4. Mise sur pied du comité fondateur et promoteur	1988
5. Démarche de constitution juridique 5.1. Demande au ministère (MCIST) 5.2. Rédaction des règlements 5.3. Établissement des registres de la coopérative	1988
6. Poursuite des études	1988
7. Assemblée de fondation (200 personnes)	1 ^{er} mai 1989
8. Recherche de financement	-----
9. Embauche de la directrice générale (celle-ci étant toujours en poste)	1 ^{er} Sept 1990
10. Début des activités	Nov 1990

PRÉSENTATION DE LA COOPÉRATIVE

La Coopérative de services à domicile de l'Estrie est une coopérative de services, c'est-à-dire qu'elle est la propriété des utilisateurs de services. Déjà lors des études d'expérimentation, les instigateurs du projet privilégiaient cette formule « puisqu'elle avantagait la personne aînée par rapport aux travailleurs, par sa qualité de membre. »²⁴ Lors de la récente entrevue effectuée avec la directrice, malgré le fait qu'il existe aujourd'hui des coopératives de solidarité, Mme Ouellette soutenait encore le choix d'une coopérative de services puisque, selon elle, il s'agit de la meilleure façon d'écouter et d'être attentif aux besoins des personnes âgées. Elle croit que ces derniers prendraient moins la parole au sein d'une coopérative de solidarité et que cela nuirait à l'arrimage entre les services et les besoins. Par contre, la directrice mise beaucoup sur le bon traitement des employés pour favoriser un service de qualité auprès des utilisateurs.

²⁴ HEC, Étude de cas, Coopérative de services à domicile de l'Estrie, HEC, citation tirée d'un rapport effectué lors des études de préfaisabilité.

Mission

La Coopérative de services à domicile de l'Estrie s'est dotée d'une double mission : l'une sociale et l'autre économique. La première consiste à offrir à ses membres une gamme de services à domicile conformément aux règles et aux valeurs coopératives afin de favoriser le maintien à domicile des personnes âgées et d'améliorer la qualité de vie de toute la population. Alors que dans ses premières années d'exploitation, la Coopérative desservait seulement la clientèle âgée, la Coopérative a élargi la base de sa clientèle en vue de s'assurer une meilleure rentabilité en 1991. La mission économique en est une de développement. Effectivement, la Coopérative a pour mission de développer le secteur d'activités de services à domicile, notamment en créant des emplois stables, fiables et de qualité pour des personnes plus vulnérables face au marché de l'emploi traditionnel. Ce volet de la mission de la Coopérative en est un de lutte contre le travail au noir.

Membres

À sa fondation, la Coopérative comptait 210 membres alors qu'au 31 décembre 2008, elle en comptait 4758. De par le type de coopérative, tous les membres sont des usagers. Une personne qui veut bénéficier des services d'entretien ménager ou tout autre service doit nécessairement devenir membre. Cela est sans compter que tout individu désirent bénéficier d'exonération financière en provenance du programme de la RAMQ à Sherbrooke, doit faire affaire avec la Coopérative. Elle est la seule à être reconnue sur ce territoire, avec cinq organismes reconnus en Estrie. Ainsi, selon la directrice, les gens deviennent membres afin de se faire valoir d'un service d'abord et avant tout. L'idée de faire partie d'une coopérative est en 2009, un incitatif négligeable. Le coût de la part sociale est de 10,00 \$ pour la vie et cette somme est remboursable si une personne désire se retirer de la Coopérative. Le programme d'exonération financière est en grande partie responsable de l'importante croissance que vit la Coopérative.

Évolution de la Coopérative 1990-2007 ²⁵ ; 2008												
Année	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Nb de mb	210	232	314	412	545	651	952	1227	1423	1639	2027	2589

Évolution de la Coopérative 1990-2007 ²⁶ ; 2008								
Année	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Nb de mb	3070	3449	3908	3452	3670	4129	4426	4758

Conseil d'administration

En 2008, le conseil d'administration est composé de neuf membres usagers. Outre, le comité exécutif composé de quatre membres, on y retrouve deux autres comités, soit le comité ressources humaines composé de trois membres et le comité de services aux membres composé de quatre membres. Au même titre que les premiers comités que l'on retrouvait au sein du C.A. témoignaient des préoccupations du moment, les comités d'aujourd'hui témoignent de la place prépondérante que prend l'être humain dans les orientations et l'administration de la Coopérative.

²⁵ CSDE (2007), Maison de la coopération, Rapport annuel 2007 de la CSDE, p.8.

Direction

La structure de direction a bien changé depuis les débuts de la Coopérative. Elle est passée d'une directrice générale en 1990 à une équipe de direction de 4 personnes en 1996. Cette équipe était alors composée d'une réceptionniste, d'une comptable, d'une agente d'affectation et de la directrice. En 2008, ce sont sept personnes qui assurent le suivi des opérations des 100 préposé(e)s aux services aux membres. On retrouve trois agentes à l'administration et deux conseillères aux services aux membres sous la responsabilité de la coordonnatrice aux ressources humaines et aux services aux membres. Celle-ci répond directement à la directrice générale (voir organigramme en annexe 1).

Clientèle

À son démarrage, la Coopérative desservait une clientèle âgée de 50 ans et plus. Cependant, comme on a constaté que le développement de la Coopérative était assez lent, les membres de la Coopérative ont changé leurs règlements de façon à élargir la base de leur clientèle et d'offrir les services de la Coopérative aux ménages actifs. Lorsque la Coopérative a été reconnue par la Régie d'assurance maladie, il n'y avait encore aucun inconvénient à desservir les ménages actifs, car cette situation permettait la lutte contre le travail au noir. Cependant, au fil du temps, les organismes de services de maintien à domicile se sont mis à ne plus suffire aux demandes des personnes âgées. Cette situation a eu pour conséquence un gouvernement qui finance moins la clientèle représentée par les ménages actifs. D'ailleurs, à l'heure actuelle, les services offerts à cette clientèle sont taxés par-dessus la subvention gouvernementale.

Dans ce contexte, la Coopérative essaie de maintenir à 25 % le taux de ménages actifs desservis sur l'ensemble des utilisateurs, puisque ce taux lui permet d'établir un équilibre dans la gestion des horaires des employés étant donné que les tâches à effectuer sont habituellement plus longues chez les ménages actifs. Il n'en demeure pas moins que la Coopérative privilégie les personnes âgées : elle répond plus rapidement à leur demande principalement celle référée par les CSSS.

Services

Les services offerts par la Coopérative sont : l'entretien ménager léger tel que le balayage, l'époussetage, le nettoyage du réfrigérateur, de la cuisinière, de la salle de bain et de la cuisine et le lavage des planchers, le grand ménage, le déneigement de l'entrée de cours, le raclage des feuilles, l'entretien des vêtements, la préparation de repas, le répit surveillance et l'accompagnement pour les courses.

Fonctionnement

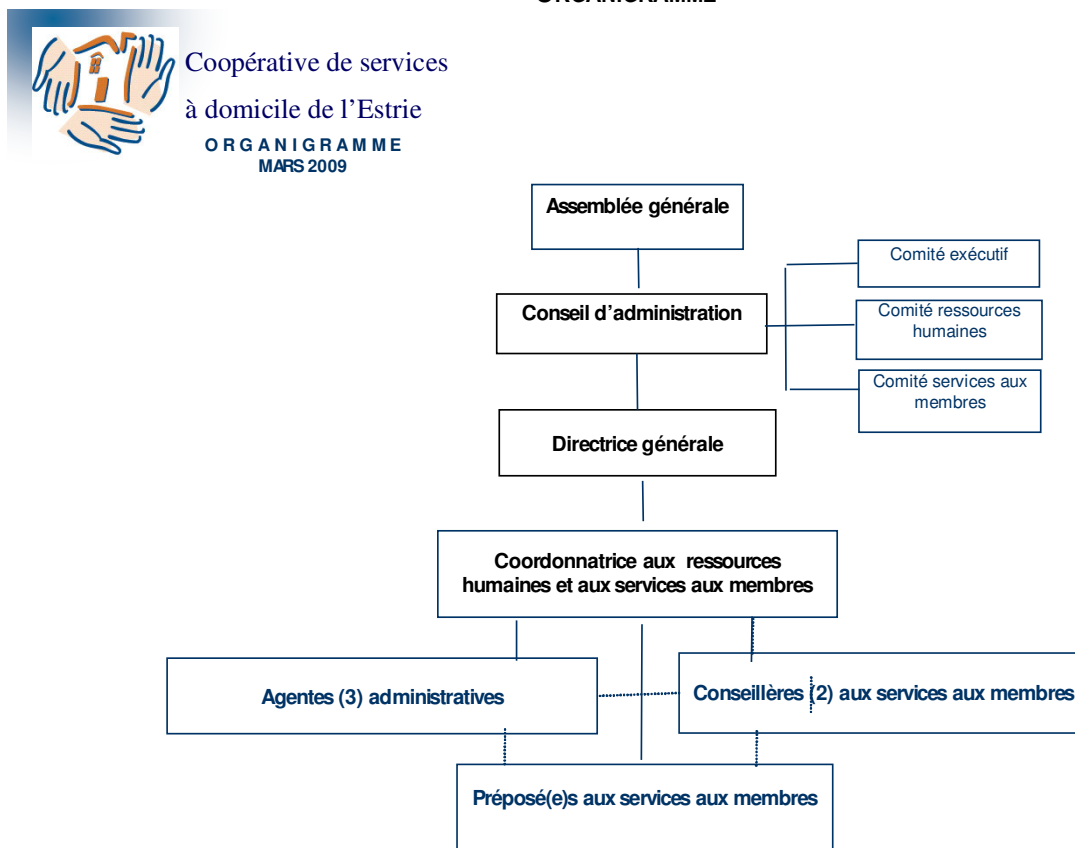
Les services offerts par la Coopérative sont d'ordre préventif plutôt que curatif. Ils permettent aux personnes âgées de demeurer plus longtemps à leur domicile, leur permettant ainsi de maintenir une certaine qualité de vie. Ces services sont complémentaires à ceux offerts par le système de santé, contribuant aussi « à limiter la pression sur le système de santé (urgence, hospitalisation et hébergement) »²⁷.

²⁷ Fédération des coopératives de services à domicile du Québec (2008), Portrait sommaire du secteur des coopératives de services à domicile

Depuis que la Régie d'assurance maladie a créé en 1998 le programme d'exonération financière des services en aide domestique (PEFSAD) et que la Coopérative est reconnue pour ce programme, toute personne habitant le territoire de Sherbrooke et désirant avoir accès à une aide financière du ministère de la Santé doit faire affaire avec la Coopérative. Cette situation assure une certaine stabilité à la Coopérative. Au fil du temps, la Coopérative est devenue un partenaire important du CSSS dont les intervenants réfèrent des clients à la Coopérative. Il y a tellement de demandes pour les services de la Coopérative (la liste d'attentes pour les services s'élevait à plus de cent personnes lors de la dernière année), que l'organisme possède une grande marge de manœuvre et se permet de refuser des cas tels que des soins palliatifs ou des personnes lourdement handicapées. La dirigeante de la Coopérative privilégie la qualité du service et c'est pourquoi elle se permet d'établir des limites et de dire non quand cela s'avère nécessaire.

Pour les services de répit surveillance, le fonctionnement est différent. Tout d'abord, ce service n'est pas éligible au programme d'exonération financière. La majorité des demandes de services nous proviennent du CSSS car celui-ci finance une partie de ce service. L'année 2008, il a été enregistré une baisse de 25% des demandes. Le CSSS a fait affaire avec un autre fournisseur. Il devient alors difficile d'établir des prévisions budgétaires relatives à ce service. La directrice de la Coopérative avait budgété et formé des employés auxiliaires pour donner du répit en fonction des données de l'année précédente. Malheureusement, les auxiliaires ont soit quitté la Coopérative ou ont été affectés à faire des services d'aide domestique pour combler leur horaire. Le schéma suivant illustre l'organigramme de la coopérative.

ORGANIGRAMME



Financement

Tel que mentionné, en 1991, la première principale subvention de la Coopérative était celle du programme *Autonomie des Aînés-e-s*, qui s'élevait à 40 674 \$. Des subventions en provenance de ce programme d'aide pour le démarrage et le développement d'organismes ont été accordées de 1991 à 1993. Toujours lors de la première année d'exercice, la Coopérative a disposé de plusieurs autres subventions. Outre le programme *Autonomie des Aînés-e-s*, elle est allée chercher 2 942 \$ du programme de soutien matériel pour les groupes de personnes âgées *Nouveaux Horizons*; 7 982 \$ du programme *Développement de l'emploi*, 1 802 \$ du programme de création d'emplois pour les étudiants *Défi 1990*. Les parts sociales des membres, quant à elles, étaient à la hauteur de 2 315 \$ alors que 4 000 \$ avait été amassé en parts privilégiées. Ces parts provenaient de la Fédération des coopératives d'habitations populaires des Cantons de l'Est, de la Coopérative funéraire de l'Estrie et de 10 caisses populaires²⁸.

Le fait que l'année 1994 ait été difficile en matière de subventions a conduit la Coopérative à se tourner vers des programmes d'aide à l'intégration en emplois. Ce sont ces subventions qui seront les plus importantes pour la Coopérative de 1995 à 1999. Par la suite, la Coopérative sera accréditée entreprise d'économie sociale et reconnue pour offrir les services de maintien à domicile. À partir de ce moment, comme les usagers de la Coopérative ont droit au programme d'exonération financière, il est plus facile pour la Coopérative d'assurer ses activités.

Partenaires

Au-delà des subventions, l'Assurance-vie Desjardins-Laurentienne apportera un appui important à la Coopérative en s'impliquant dans les activités promotionnelles, notamment en imprimant les dépliants publicitaires de la Coopérative. De plus, il faut savoir que le mouvement Desjardins a permis l'établissement de contacts entre la Coopérative et des gens qui appuyaient le développement de la Coopérative.

La Ville de Sherbrooke a aussi apporté sa contribution en offrant à la Coopérative du matériel et des équipements de bureau, alors que la Coopérative de développement de l'Estrie a, pour sa part, offert des services d'appuis-conseils en matière organisationnelle.

Depuis 1989, la Coopérative cherche à trouver une façon de s'approcher de l'indépendance financière. En 2008, c'est 2,8 % de ses revenus qui proviennent des subventions si l'on intègre les exonérations financières en économie sociale dans les ventes de l'organisme.

Évolution de la Coopérative 1990-2007 ²⁹											
Année	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Revenus (\$)	----	57 497	93 998	153 728	152 434	222 485	308 350	372 262	613 426	680 237	1 014 479
Ventes (\$)	----	1 873	36 173	83 770	123 417	154 609	225 353	227 571	346 692	462 181	808 060

²⁸ DUCHESNE K. et MALAVOY M (2002), Coopérative de services à domicile de l'Estrie, Monographie d'une entreprise d'économie sociale en aide domestique, p.12.

²⁹ Ibid.

Évolution de la Coopérative 1990-2007								
Année	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Revenus (\$)	1 405 030	1 582 658	1 545 155	1 680 170	1 649 152	1 615 938	1 918 838 ³⁰	1 806 659
Ventes (\$)	1 258 801	1 456 209	1 424 218	1 502 763	1 580 389	1 548 143	1 841 849	1 731 530

BILAN ET PERSPECTIVES

En fonction depuis maintenant 20 ans, la Coopérative s'est consolidée. Toujours à la recherche d'une plus grande autonomie financière, elle a su saisir les opportunités qui s'offraient à elle pour en tirer profit. L'événement le plus important est sans doute l'accréditation à titre d'entreprise d'économie sociale en aide à domicile (EÉSAD). Tel que mentionné précédemment, cette accréditation permet aux membres de la Coopérative de bénéficier des exonérations. Cette accréditation n'est pas sans incidence. Les activités de la Coopérative ont doublé au cours de l'année 1999. Cette nouvelle situation de croissance a créé de nouveaux défis pour la Coopérative. Il a fallu trouver des outils informatiques et des bureaux en mesure de permettre une gestion adéquate des services, tout en conservant le caractère humain de la coopérative. Depuis 2007, les bureaux de la Coopérative sont à la Maison de la coopération.

Facteurs de succès

Il semble que certains éléments ont joué en la faveur de la réussite et du développement de la Coopérative au fil des années. D'abord, il eut le soutien du CSSS notamment pour les études préliminaires et le démarrage de l'organisme. Ensuite, il y a eu l'adhésion des personnes âgées. Une fois démarrée, la Coopérative a su écouter et s'adapter au milieu, puis tirer profit des différentes subventions : elle a diversifié ses services (ajout du service répit), élargit sa clientèle, chercher à la reconnaissance à titre de Corporation intermédiaire de travail afin d'avoir accès à une main-d'œuvre subventionnée et finalement saisit l'opportunité d'être accréditée EÉSAD. Le fait d'être le seul organisme reconnu dans la région de Sherbrooke pour permettre les exonérations en aide à domicile est aussi un facteur considérable. Finalement, la directrice de la Coopérative a toujours entretenu de bonnes relations avec le CSSS et selon elle, il s'agit de l'atout principal de la Coopérative. Elle s'efforce de revitaliser la collaboration et de tenir les employés du Coopérative constamment au courant des démarches de la Coopérative. Ainsi, la Coopérative est en mesure d'offrir des services de qualité puisque les intervenants du CSSS sont bien informés des services qu'offre la Coopérative et ils y réfèrent les clients appropriés. Finalement, il faut savoir que malgré le fait que la Coopérative est la pionnière en son genre, elle fait maintenant partie de la Fédération des coopératives de services à domicile du Québec. Cette Fédération joue aussi un rôle important pour la Coopérative : elle offre des services d'appui et de conseils, sans compter qu'elle joue un rôle d'information et de représentation. À titre indicatif, en 2008, un questionnement sur la tarification a été soulevé et un document de réflexion a été rédigé à l'intention des administrateurs des coopératives de services à domicile. De plus, cette année, la Fédération tentera de faire pression pour que le PEFSAD soit actualisé étant donné que les taux n'ont pas été majorés depuis 1996, malgré le fait que la tarification est augmentée.

³⁰ Aide financière rétroactive pour l'année 2005 pour la gestion du programme d'exonération financière.

Faiblesses et défis à relever

Les principaux défis à relever pour la Coopérative sont liés à la main-d'œuvre. Il s'agit de défi de recrutement, de rétention et de relève. La Coopérative a le souci d'améliorer les conditions salariales, sans toutefois pénaliser les membres en leur refilant le coût des augmentations, sachant que la marge bénéficiaire de la Coopérative est mince. Conséquemment, la Coopérative a adopté une stratégie d'amélioration des conditions de travail de l'employé. D'ailleurs, le plan d'action 2009 porte principalement sur cet enjeu. On cherche à favoriser la reconnaissance du travail des employés que ce soit en favorisant un contact personnalisé, en entreprenant des démarches pour que le métier de préposée d'aide à la vie domestique soit reconnu ou encore en allant chercher au fond national un budget de formation de l'ordre de 50 000 \$.

Finalement, dans un second temps, la Coopérative doit aussi faire face à un enjeu d'accessibilité pour ses membres. Le fait que le PEFSAD n'ait pas été actualisé entraîne une réduction de la demande d'heures de services chez les plus démunis. La Coopérative, par le travail de la Fédération, représentera ses membres en favorisant l'actualisation de ce programme.

Synthèse des étapes importantes de la vie de la Coopérative	
1988	Études relatives au projet de services de maintien à domicile
1989	1 ^{er} mai : Assemblée de fondation (200 personnes)
1990	Début des activités : 210 membres, 8 employés
1991	Développement des services (ajout du service de grand ménage) Modification des règlements (possibilité d'offrir le service au moins de 50 ans)
1992	Développement des services (ajout du service de répit)
1994	Assurance-Vie Desjardins-Laurentienne devient un partenaire important
1995	La CSDE est reconnue Corporation intermédiaire de travail (ce statut permet d'utiliser une main-d'œuvre subventionnée) Signature d'une entente avec le CLSC-Val-St-François
1996	Création de la Fédération des coopératives de services à domicile du Québec
1998	La Coopérative est accréditée entreprise d'économie sociale
2007	Déménagement à la Maison de la Coopération

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ISQ, (2009). 05 - L'Estrie ainsi que ses municipalités régionales de comté (MRC) et territoire équivalent, <http://www.stat.gouv.qc.ca/regions/profils/region_05/region_05_00.htm> page consultée le 18 mars 2009.

Entrevue avec la directrice générale, réalisée le 19 février 2009

DUCHESNE K. et MALAVOY M (2002). *Coopérative de services à domicile de l'Estrie, Monographie d'une entreprise d'économie sociale en aide domestique*, 91 p.

CSDE (2007). *Maison de la coopération, Rapport annuel 2007 de la CSDE*, 18 p.

CSDE (1999). *Un modèle sherbrookois qui a fait Boule de Neige, La Coopérative de services à domicile célèbre ses 10 ans*, Communiqué du 30 septembre 1999, 5 p.

HEC (2001). *Étude de cas, Coopérative de services à domicile de l'Estrie*, 47 p.

Ville de Sherbrooke (2007). *État de situation / Diagnostic et enjeux, cadre de référence et d'intervention*, 133 p.

**Coopérative de solidarité en habitation La Brunante
Mars 2009**

**Recherche et rédaction
Joël Bolduc**

PROFIL DE LA MUNICIPALITÉ DE RACINE

La municipalité rurale de Racine, située dans la MRC du Val-Saint-François, compte près de 1300 résidents, soit environ 10% de plus qu'en 2001³¹. L'âge médian de la population est de 45 ans. En 2005, le revenu médian après impôt des ménages était de 40 867\$ et celui des personnes de 15 ans et plus étaient de 23 442\$.

La municipalité de Racine est réputée pour son dynamisme. À titre d'exemple, en 2002, le milieu s'est doté d'une coopérative de développement local pour supporter des projets de communauté structurants. Elle regroupe aujourd'hui une douzaine d'organisations locales qui recueillent les nouveaux projets, les priorisent et soutiennent leur réalisation.

À la Coopérative de développement de Racine s'ajoute une école primaire, un centre communautaire, des infrastructures de loisirs (patinoire, piste cyclable, piste de ski de fond, terrain de baseball) et un point de services de la caisse Desjardins. La vie communautaire est également active grâce à diverses fêtes (fête de la Saint-Jean, fête du terroir), une école de musique et une chorale, un comité culturel, un comité de loisirs, des cours de danse.

Au niveau économique, l'agriculture constitue la principale activité économique.

CONTEXTE GÉNÉRAL D'ÉMERGENCE

Identification du besoin

Le besoin d'une résidence pour les personnes âgées à Racine a clairement émergé lors de l'assemblée générale annuelle de la caisse populaire locale de 1997. Réunis en ateliers, les membres de la caisse devaient échanger entre eux sur des idées de projets collectifs, sur lesquels la caisse aurait le mandat de travailler au cours de l'année. En plénière, les membres se montraient en faveur d'un projet d'habitation qui favoriserait et faciliterait la rétention des aînés dans leur milieu. M. Gaston Michaud, alors président du conseil d'administration de la caisse, proposa aux membres d'élaborer un concept de projet qui leur serait présenté lors de la prochaine assemblée générale annuelle. Un projet de coopérative d'habitation, sous la forme d'une coopérative de solidarité, fut donc proposé à l'assemblée générale annuelle de 1998. Spontanément, environ 80 personnes acceptaient de s'engager à se procurer des parts de qualification de la future coopérative dont le montant s'élevait à 500,00\$.

³¹ Les données statistiques sont tirées du Recensement de la population de 2006 de Statistique Canada.

Validation du besoin

Comme le besoin fut explicitement nommé par un bon nombre de citoyens de Racine lors d'une assemblée générale de caisse, aucun processus de validation de ce dernier n'a été engagé.

PREMIÈRES DÉMARCHES

La constitution

Toujours lors de l'assemblée générale de la caisse locale de 1998, douze personnes s'engageaient à former le comité provisoire de la coopérative de solidarité en habitation. Pour Gaston Michaud, acteur central dans la réalisation du projet, jamais les membres du comité provisoire, en tant que futurs utilisateurs des services de la coopérative, n'auraient pu « tourner les coins ronds » dans la réalisation de ce projet collectif.

Malgré le caractère innovant du projet, le choix du statut de coopérative de solidarité a dû être écarté rapidement. Jusqu'à tout récemment, les coopératives d'habitation ne pouvaient pas acquérir le statut de coopérative de solidarité. De plus, les programmes de financement dédiés à l'habitation, comme Accès Logis, ne prévoyaient pas le soutien à ce type de coopérative. La coopérative de solidarité en habitation fut donc dissoute en 2000. Afin de conserver le capital social accumulé, les détenteurs de parts sociales ont presque tous accepté de remettre l'équivalent de leurs parts en dons.

En avril 2001, une nouvelle coopérative fut constituée afin de mener le projet à terme. Cette dernière prit le statut de coopérative d'habitation pour être admissible au programme Accès Logis de la Société d'habitation du Québec (SHQ). Toutefois, ce changement de forme juridique eut pour conséquences de modifier la structure de gouvernance et d'écarter, du moins au niveau légal, les membres de soutien du conseil d'administration. Ceci n'empêcha pourtant pas à ces derniers de s'impliquer activement dans la mise sur pied de la coopérative d'habitation.

Mission et objectifs de la coopérative

Pour M. Michaud, trois clés motivent l'existence de la coopérative :

1. Le **maintien** des personnes âgées à domicile dans leur communauté : « *On ne transplante pas les vieux arbres* » ;
2. La formule **coopérative** pour assurer la prise en charge : « *On est capable de s'occuper des nos affaires* » ;
3. La coopérative de **solidarité** pour impliquer le milieu et soutenir les membres et la coopérative : « *On a le droit de se faire aider* ».

La coopérative La Brunante a pour mission *permettre à des personnes vieillissantes de continuer à vivre dans leur communauté, de prolonger leur vie à domicile*³². La coopérative offre 20 logements abordables à des personnes autonomes de plus de 75 ans qui désirent demeurer dans la communauté de Racine. La

³² François GOUGEON (2008), « Gaston Michaud reçoit le Prix Dufresne-Quintin », dans *La Tribune*, mercredi 1^{er} octobre 2008, p. A7.

notion d'autonomie n'est pas ici limitée à sa définition stricte, c'est-à-dire effectuer sans aide les principales activités de la vie courante. À La Brunante, une personne autonome est une personne qui est capable de vivre adéquatement avec les services qu'offre la coopérative (service de repas). Par exemple, une personne alitée peut être considérée autonome si d'autres personnes (famille, amis, membres de la coopérative, etc.) sont présentes pour lui donner un coup de main, par exemple en lui apportant ses repas à son logement. En fait, le principe est de faire durer le plus longtemps possible l'autonomie des résidents. Sur une plaque, accrochée à l'entrée de la coopérative, est inscrit : « on a encore toute la soirée devant nous » !

La mobilisation

Mobilisation d'expertises

Le comité provisoire a mobilisé l'expertise la Fédération des coopératives d'habitation de l'Estrie (Coop-Habitat). Avec son groupe de ressources techniques (GRT), Coop-Habitat a participé activement à la réalisation du projet coopératif.

Mobilisation du milieu local

L'émergence du besoin et sa transformation en projet collectif a facilité la mobilisation du milieu local. Le projet a reçu l'appui de la population, de la municipalité et de la caisse populaire locale.

DÉMARRAGE

Assemblée générale de fondation

L'assemblée de fondation de la coopérative d'habitation s'est tenue en 2001. En 2007, la coopérative d'habitation se transformait en coopérative de solidarité à la suite de changements à la loi sur les coopératives.

Financement du projet et construction

Une des belles réussites du projet fut la mobilisation des ressources financières. Selon un article de La Tribune paru le 2 mai 2003, le coût total du projet s'élevait à 1,8 millions \$, dont 1,4 M\$ pour la construction et 400 000\$ pour les aménagements. Les sources de financement étaient très diversifiées :

- Près de 50 000\$ en dons des gens du milieu ;
- Le capital social des membres ;
- 12 000\$ de Desjardins ;
- Don d'un terrain par la Fabrique locale ;
- Des aides financières variées de Coop-Habitat, Cooptel, SCHL ;
- Un prêt hypothécaire chez Desjardins ;
- Et surtout, sur une subvention de la SHQ par le volet 2 du programme Accès Logis³³.

³³ Le volet 2 est destiné à des projets de logements permanents avec services (exemples : repas, maintien à domicile, entretien ménager) pour des personnes âgées en perte légère d'autonomie. (source : SHQ)

Au printemps 2003, les travaux de construction de la résidence de 20 logements débutaient. Les premiers membres résidents y emménageaient en juillet 2003.

FONCTIONNEMENT DE LA COOPÉRATIVE

Services

La coopérative La Brunante compte un total de **20 logements** répartis sur deux étages. La majorité des logements sont des 3½ pièces dont le coût mensuel tourne autour de 800,00\$ (tout inclus, sauf la téléphonie et la câblodistribution). En mars 2009, la coopérative offre du logement à 20 membres dont l'âge moyen est de 84 ans.

Les résidents de La Brunante peuvent profiter d'équipements comme des **laveuses** et des **sécheuses**. Une salle communautaire, une petite cour extérieure et une salle de réunion ont également été aménagées.

La coopérative offre deux **repas** par jour (midi et soir) à ses membres utilisateurs. Les repas sont préparés sur place par deux employés de la coopérative.

En ce qui concerne l'**entretien**, un concierge assure le service dans les aires communes.

Enfin, la coopérative met à la disposition des résidents une personne-ressource qui leur donne un coup de main dans la **comptabilité** nécessaire à l'obtention du supplément au loyer.

Formule coopérative

La formule coopérative, et particulièrement la coopérative de solidarité, est toute désignée pour ce type de projet. Elle permet, entre autres, aux résidents de se doter des services qu'ils ont réellement besoin, de recevoir un soutien de la communauté et de réduire le coût des loyers.

STRUCTURE DE GOUVERNANCE

Conseil d'administration et assemblées

Le conseil d'administration de la coopérative est composé de six membres utilisateurs et de trois membres de soutien. La présence de membres de soutien possédant des expertises particulières (comptabilité, coopération, etc.) favorise une administration et une gestion dynamique de la coopérative, ainsi qu'un transfert de connaissance vers les membres utilisateurs. Chaque réunion du conseil d'administration est résumée dans *l'Info Brunante*, un petit journal interne qui informe les membres des travaux et décisions de leurs administrateurs. Enfin, la coopérative tient annuellement deux ou trois assemblées générales, selon les besoins.

Structures informelles

Les résidents ont mis en place des structures informelles pour :

- **animer leur milieu de vie** : par exemple, organisation de la fête de Noël avec un souper et des jeux ;
- **se partager les tâches** d'entretien non effectuées par le concierge ;
- **construire la mémoire collective** : chaque résident tourne un court film sur lui-même et ce dernier est conservé dans les archives de la coopérative ;
- **gérer les conflits** : lors d'un épisode de conflit entre deux résidents, un comité organise une « rencontre d'harmonie » afin de régler la situation problématique.

Liens avec le milieu local

Étant une ressource *par* et *pour* la communauté, La Brunante est très ouverte sur son milieu. Elle est située à deux pas du **Centre communautaire** de Racine et les résidents profitent régulièrement des activités qui y sont offerts. Pour favoriser la visite des non-résidents, le **service de repas** de la coopérative est ouvert à la population moyennant des frais de 6,00\$ pour un repas complet. Un autre signe d'ouverture sur la communauté locale, la **salle de réunion** de la coopérative est disponible pour tout groupe de personnes qui désire y tenir leurs rencontres. Les résidents de la coopérative entretiennent également des liens intergénérationnels avec les élèves de l'**école primaire** de Racine (fête de l'Halloween, grand ménage du printemps, jeux divers, etc.). Enfin, il arrive occasionnellement que les résidents sont interpellés pour donner un coup de main aux organisations locales dans la réalisation de **menus travaux**, comme, par exemple, plier des lettres et les insérer dans des enveloppes.

Toutes ces implications favorisent la réalisation de la mission de La Brunante soit de reconnaître les personnes âgées comme des citoyens à part entière.

Liens avec le CSSS

La coopérative ne semble pas entretenir de liens directs avec le Centre de santé et de services sociaux du Val-Saint-François (CSSSVSF). En fait, aucune entente de services ne lie les deux organisations. Par ailleurs, les relations entre la coopérative et le CSSSVSF semblent plutôt bonnes actuellement. Toutefois, les rapports étaient relativement plus tendus jusqu'à tout récemment. Selon M. Michaud, président de la coopérative, le CSSSVSF ne répondait pas aux demandes de services provenant de la coopérative elle-même. Le CSSSVSF ne se déplaçait qu'à la demande expresse des résidents. Cette situation devenait problématique dans des situations particulières, comme ce peut être le cas lorsqu'une personne souffre d'une maladie mentale et qu'elle n'est pas apte à faire appel à une ressource externe pour l'aider. Il apparaît que la situation s'est améliorée et que le suivi auprès des résidents est plus adéquat. Aussi, il est à souligné qu'aucune ressource du CSSSVSF n'est spécifiquement déléguée à la coopérative. En résumé, les résidents font appel aux services du CSSSVSF au besoin, comme tout citoyen.

Financement

Comme toute coopérative d'habitation, elle couvre ses frais fixes par les revenus de location des logements. Aussi, la municipalité de Racine participe financièrement au programme de supplément au loyer pour la Coopérative d'habitation des aînés de Racine (2 800 \$ maximum annuellement).

PRIX ET RECONNAISSANCE

La coopérative La Brunante est considérée comme une pionnière. En fait, elle est la première coopérative d'habitation pour aînés et la première coopérative de solidarité en habitation au Québec. Elle a inspiré bon nombre de projets coopératifs d'habitation comme ceux d'Eastman et de Valcourt.

En 2005, La Brunante et ses membres remportaient le *Mérite Estrien* du *Gala du mérite coopératif*. Trois ans plus tard, M. Gaston Michaud recevait le *Prix Dufresne-Quintin*, décerné par le Bureau des gouverneurs du CSSS-IUGS, qui souligne la contribution significative d'une personnalité au mieux-être des personnes aînées.

Aussi, une quarantaine de groupes de partout au Québec ont visité La Brunante afin de s'inspirer de ce projet innovateur.

BILAN, PERSPECTIVES ET ENJEUX

Depuis longtemps, la municipalité de Racine suscite la participation de son milieu. Le projet de coopérative de solidarité en habitation des aînés de Racine est issu de ce milieu participatif. C'est toutefois grâce à la présence d'un leader (Gaston Michaud), apte à partager sa vision du développement, que le milieu s'est approprié ce projet collectif. Le désir d'une communauté de se doter d'une telle ressource fut suffisamment grand pour réaliser ce projet, hors norme au départ, et en faire un modèle exemplaire qui inspire bien des communautés au Québec.

Deux éléments du projet de La Brunante sont particulièrement innovants :

1. Le choix de la coopérative de solidarité pour statut juridique ;
2. L'implication des aînés, autant dans le processus de démarrage que dans la gestion et l'administration de leur coopérative.

À l'heure actuelle, environ 45 personnes ont manifesté leur intérêt à devenir membres utilisateurs de La Brunante, en s'inscrivant sur la liste d'attente, en vue d'avoir accès à un logement dans la coopérative. Si l'on ajoute à ce nombre les résidents actuels de la coopérative (20 personnes), c'est près du quart des Racinois âgés de 65 ans et plus de Racine qui souhaitent résider à La Brunante.

Malgré le succès de La Brunante, aucun autre projet de coopérative d'habitation pour aînés n'est prévu se réaliser à moyen terme à Racine. M. Michaud dit souhaiter que tous les villages se dotent d'une telle ressource avant de penser à une deuxième Brunante à Racine.

Enfin, en ce qui a trait à la relation entre, d'une part la mission de La Brunante et, d'autre part, les services publics en santé, la coopérative entretient la perception que le gouvernement serait tenté d'alourdir les services qu'elle offre actuellement. Du reste, la coopérative n'a pas pour mission d'héberger des personnes qui nécessitent une hospitalisation ou des services à la perte d'autonomie. Son objectif est plutôt de proposer un milieu de vie qui soutient l'autonomie et la prise en charge des personnes.

RÉFÉRENCES

CLOUTIER, Maurice (2005), « Créer un environnement propice », dans *La Tribune*, vendredi, 11 novembre 2005, p. A8

DANSEREAU, Francine et Gérald BARIL (2006), *La participation des aînés à la conception et à la gestion des projets résidentiels au Québec*, Rapport de recherche, Société d'habitation du Québec, 92 p.

GOUGEON, François (2008), « Gaston Michaud reçoit le Prix Dufresne-Quintin », dans *La Tribune*, mercredi, 1 octobre 2008, p. 7

LORANGE, Simon-Olivier (2008), « Les projets foisonnent à Racine », dans *La Tribune*, Cahier spécial, mardi, 30 septembre 2008, p. S10

Entrevues avec un membre-fondateur et un administrateur, réalisées le 23 février 2009.

PION, Sylvie (2003), « Chez nous... à Racine, un pied dans l'eau et l'autre bien à terre », dans *La Tribune*, vendredi, 2 mai 2003, p. B4

PION, Sylvie (2003), « Chez nous... à Racine, Une réalisation qui suscite la fierté », dans *La Tribune*, vendredi, 2 mai 2003, p. B4

PION, Sylvie (2003), « Les aînés de Racine auront leur coop d'habitation », dans *La Tribune*, mardi, 4 mars 2003, p. B2

PION, Sylvie (2001), « Les aînés pourront rester à Racine, La Coopérative d'habitation construira un édifice de 18 logements », dans *La Tribune*, samedi, 16 juin 2001, p. E7

PION, Sylvie (2001), « 18 logements pour les personnes âgées, Racine pousse son projet de résidence », dans *La Tribune*, samedi, 3 mars 2001, p. E2

PION, Sylvie (2000), « Construction d'une résidence pour aînés de type coopérative à Racine, Les citoyens réclament l'aide de Québec », dans *La Tribune*, samedi, 7 octobre 2000, p. A11

Statistique Canada. 2007. Profils des communautés de 2006. Recensement de 2006

**Coop Santé d'Eastman
Mars 2009**

**Recherche et rédaction
Joël Bolduc**

PROFIL DU MILIEU

Profil de la municipalité d'Eastman

Située dans la MRC de Memphrémagog, la municipalité d'Eastman est issue de la fusion de la municipalité de Stukely et du village d'Eastman (2001).

En 2006, la municipalité de 74 km² comptait 1585 résidents³⁴. La population d'Eastman est plutôt vieillissante, l'âge médian étant de 51 ans (les personnes âgées de plus de 50 ans comptent pour 53% de la population totale). En ce qui concerne le revenu médian des ménages, il était de 41 500\$ après impôt. Le revenu médian après impôt des personnes de 15 ans et plus se situait à 23 500 \$.

La municipalité d'Eastman compte quelques organismes communautaires : maison de jeunes, Club de l'âge d'or, AFEAS, friperie d'entraide (Corde à linge). La population a également accès à un point de service de la Caisse Desjardins du Lac-Memphrémagog, à une bibliothèque municipale, un centre de la petite enfance (CPE) et à une école primaire (Val-de-Grâce). Depuis 2005, Eastman abrite également une coopérative d'habitation pour aînés dispensant certains services. Plus récemment, une pharmacie (*Proxim*) s'est implantée au cœur du village.

En ce qui concerne le développement économique, Eastman s'appuie principalement sur le tourisme avec ses lacs (d'Argent, Stukely, Orford), sa piste cyclable, ses entreprises touristiques (*Arbre aventure, Station O'Kataventures, Spa Eastman*), ses boutiques d'antiquités, sa dizaine de restaurants et son offre culturelle (*Théâtre la Marjolaine, Correspondances d'Eastman*).

Profil du Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog (CSSSM)³⁵

Le Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog (CSSSM) connaît une période de forte croissance marquée par le développement de son offre de service et par la mise en œuvre d'un important projet d'agrandissement de ses installations.

Pour réaliser ses activités, il dispose actuellement de 36 lits de courte durée, d'une urgence, d'un bloc opératoire, de 140 lits d'hébergement et de soins de longue durée, ainsi que de tous les services offerts dans le milieu par le CLSC. Deux points de services sont situés à Mansonville et à Stanstead, et complètent son offre de soins et de services.

³⁴ Les données statistiques sont tirées du Recensement de la population de 2006 de Statistique Canada.

³⁵ Ce profil est tiré de diverses publications du CSSSM, dont ses appels de candidatures.

Pour assurer son fonctionnement, le CSSS compte sur une équipe composée de plus de 800 personnes dont 100 médecins, et il détient un budget de 40 millions de dollars.

CONTEXTE GÉNÉRAL D'ÉMERGENCE

Identification du besoin

La fondation de la Coop santé d'Eastman est avant tout le résultat de la vision du maire d'Eastman, M. Marinovich. Ce dernier a un parcours professionnel qui marie le développement des collectivités et les services de santé. Directeur général de l'hôpital de Rouyn-Noranda durant 15 années, M. Marinovich a notamment participé à la mise sur pied de *Rouyn-Noranda Ville en santé*, première démarche de ville en santé en Amérique du Nord (1987), et a réalisé un mandat à titre de président du *Réseau québécois de Villes et Villages en santé*.

Initiateur projet coopératif, M. Marinovich justifie la nécessité d'implanter une coopérative de santé par deux constats :

1. **L'accessibilité aux services de santé de première ligne.** Le centre du village d'Eastman se trouve à une distance d'environ 15 km du *Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog* (CSSSM). La distance et les délais d'accès aux soins sont très importants en milieu rural. En fait, l'absence de médecins de famille en milieu rural n'accroît que cette problématique. Pour M. Marinovich, l'accessibilité aux soins de santé est un des piliers essentiels au développement des collectivités rurales. Du reste, les statistiques tendent à donner raison à M. Marinovich. Selon le *Portrait de santé de l'Estrie et de la MRC de Memphrémagog*, 21 % de la population de Memphrémagog déclarerait ne pas avoir de médecin de famille³⁶.
2. **La surutilisation des services d'urgence.** À la fin de la décennie 1980, M. Marinovich, alors directeur général de l'hôpital de Rouyn-Noranda, commandait une étude portant sur la clientèle utilisatrice des services de l'urgence de son établissement. Selon cette étude, seulement 13% des personnes qui se présentaient à l'urgence avaient réellement besoin des services de santé offerts à l'urgence. Selon M. Marinovich, 87% des gens auraient eu avantage à consulter un médecin en dehors de l'urgence ou un autre professionnel de la santé. Cette façon de faire participerait, entre autres, à la baisse des coûts fixes liés à une prestation de service à l'urgence.

Validation du besoin

La validation du besoin d'accessibilité aux services de santé de première ligne ne s'est pas présentée comme un processus formel et structuré de consultation du milieu. Elle s'est plutôt intégrée à l'intérieur d'activités :

1. **Campagnes électorales de 2001 et 2005.** Initiateur du projet de coopérative de santé, M. Marinovich affirme avoir beaucoup discuté avec les citoyens lors des campagnes électorales de

³⁶ Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie (2009), *Portrait de santé de l'Estrie et de la MRC de Memphrémagog 2006*, p. 50.

2001 et de 2005. En 2001, M. Marinovich promettait la construction d'une coopérative d'habitation pour aînés (finalement inaugurée en 2005). M. Marinovich dit avoir fréquemment entendu les citoyens parler de la problématique de l'accès aux soins de santé, particulièrement lors de la campagne électorale de 2005.

2. **Eastman en santé - Forum des citoyens d'Eastman (2003).** Le 7 mai 2003, une soixantaine de personnes participaient au Forum des citoyens d'Eastman qui avait pour objectif d'identifier les priorités d'action d'Eastman en santé de 2004 à 2007³⁷. Selon Mme Mélissa Lavoie, intervenante et responsable des services à la communauté de la municipalité, les participants au forum ont avancé la nécessité d'un point de service en santé. Toutefois, ces derniers n'ont pas clairement identifié les types de services souhaités. À la fin de la rencontre, trois actions ont été priorisées, mais l'accès à des soins de santé semble avoir été écarté du plan d'action.

La validation du besoin reposait donc essentiellement sur des échanges informels avec les citoyens et sur la connaissance du milieu de la santé et du domaine du développement des collectivités rurales du maire d'Eastman.

PREMIÈRES DÉMARCHES

La constitution

Dès 2006, le maire Marinovich présentait une demande au conseil municipal qui consistait à étudier sérieusement la possibilité de mettre en place une coopérative de santé. La demande fut acceptée et une visite des coopératives de santé de Sainte-Thècle et Les-Grès fut organisée. Cette première démarche s'avéra suffisamment convaincante et positive pour former un comité provisoire et débiter le processus de constitution de la Coop santé d'Eastman. Ce comité réunissait :

- deux conseillers municipaux, dont l'un est administrateur du CSSSM ;
- un organisateur communautaire du CSSSM ;
- la responsable des services à la communauté de la municipalité ;
- le maire Marinovich.

Le comité entreprit ses démarches en s'assurant le soutien d'une ressource de la *Coopérative de développement régional de l'Estrie* (CDR-Estrie) et du *Centre local de développement* (CLD) *Memphrémagog*. La coopérative fut constituée le 10 avril 2007.

Mission et objectifs de la coopérative

La mission de la Coop santé d'Eastman est d'« **offrir à l'ensemble de la population des services de santé dans leur milieu, viser à la sensibilisation et à la promotion de la santé par une approche**

³⁷ RQVVS (2004), « Nouvelles des régions et des municipalités, Eastman en santé », dans *Le bulletin*, Printemps 2004, Volume 12, No 1, p. 4.

préventive et curative dans le but de sécuriser tous les gens d'Eastman et des environs ». Les objectifs de la coopérative sont nombreux³⁸ :

- Offrir aux citoyens du village d'Eastman et des environs, des services de soins de santé à proximité de leur résidence sans avoir à se déplacer pour consulter un médecin ;
- Diminuer l'attente des rendez-vous avec le ou les médecins ;
- Viser à l'amélioration et à la promotion de la santé par une approche préventive et curative dans le but de sécuriser tous les gens d'Eastman et des environs ;
- Offrir les services d'un médecin (minimum) à raison d'une à deux fois par semaine ainsi que des infirmières ;
- Offrir des services d'autres professionnels de la santé : dentistes, psychologues, etc. ; éventuellement d'ajouter des services de laboratoire ;
- Offrir un lien pharmaceutique : avoir une pharmacie adjacente à la coopérative ou bien la livraison de médicaments ;
- Bénéficier des services du Centre de santé et de services sociaux Memphrémagog (CSSSM) : travailleurs sociaux, ergothérapeutes, etc. ;
- Être à l'écoute de la population et répondre aux besoins en matière de santé.

Un sondage auprès de la population

À l'été 2007, le comité provisoire proposait à la population de se pencher sur certains aspects du développement du projet de coopérative de santé d'Eastman en répondant à un questionnaire publié dans le journal local (Reflète du Lac). Le comité reçut 85 questionnaires remplis par 100 répondants, dont 75% étaient citoyens d'Eastman et 69% âgés de plus de 55 ans. Brièvement, voici les principaux résultats du sondage :

- **Types de services à offrir.** Les répondants souhaitaient majoritairement une clinique sans rendez-vous.
- **Montant de la part de qualification.** 40% des répondants disaient être prêts à « investir » 100,00\$ afin d'être membres de la coopérative.
- **Montant pour une cotisation annuelle.** Seulement deux répondants avouaient ne pas être ouverts à déboursier plus de 25,00\$ pour une cotisation annuelle. 28% des répondants affirmaient être prêts à payer 100,00\$ à titre de cotisation annuelle.

Le sondage n'avait pas pour objectif d'évaluer quantitativement les besoins en soins de santé de la population d'Eastman ou bien la pertinence d'une solution coopérative. Du reste, les membres du comité provisoire semblent toujours convaincus de l'ampleur de la problématique de l'accessibilité, ainsi que de la justesse de la solution qu'ils proposent.

³⁸ Tiré du plan d'affaire de Coop Santé d'Eastman, p. 8

Mobilisation d'expertises

Expertise dans le domaine de la santé

La présence d'expertises dans le domaine de la santé était une force au sein du comité provisoire. Comme il a été mentionné précédemment, le comité pouvait compter sur l'expérience d'un ancien directeur général d'hôpital, d'un organisateur communautaire du CSSSM et un d'un administrateur du CSSSM.

Expertise en démarrage d'entreprises coopératives

Le comité provisoire de la coopérative de santé a fait très tôt fait appel à la CDR-Estrie pour l'accompagner à l'étape du pré-démarrage. C'est également la CDR-Estrie qui a accompagnée les promoteurs dans la rédaction du plan d'affaires. En ce qui concerne la participation du CLD local, une ressource a été mandatée pour supporter la réalisation des prévisions financières.

Expertises spécifiques dans les coopératives de santé

Dans le but de supporter l'étude de faisabilité du projet de coopérative de santé, le comité provisoire a tenté de s'offrir les services de Jean-Pierre Girard, une référence dans le domaine. Pour couvrir les frais relatifs à l'embauche de cet expert, une demande de subvention fut déposée à l'*Initiative de développement coopératif* (IDC). Cependant, le Secrétariat aux coopératives refusa la demande et l'embauche de M. Girard n'eue jamais lieu.

Mobilisation du milieu local

Au moment d'écrire ces lignes, aucune démarche formelle de mobilisation du milieu local n'avait encore été menée. En avril 2007, une rencontre avec les citoyens d'Eastman était prévue. Le comité provisoire souhaitait profiter de cet événement pour recruter les premiers membres et amasser du capital social. Toutefois, les membres du comité provisoire ont annulé cette rencontre invoquant l'échec du processus de recrutement d'un médecin. Il apparaît l'embauche d'un premier médecin est au cœur de la stratégie de mobilisation et de recrutement des membres.

DÉMARRAGE

Assemblée générale de fondation

Constituée en avril 2007, la Coop santé d'Eastman adoptait ses statuts et règlements en août de la même année, et étaient seuls présents les membres du comité provisoire. En date d'aujourd'hui, la coopérative n'est toujours pas en opération et ne compte que quatre membres qui composent le conseil d'administration.

Recrutement de médecins

Malgré les efforts investis, le processus d'embauche d'un premier médecin n'a donné aucun résultat concret à ce jour. Pourtant, deux médecins s'étaient montrés intéressés à offrir leurs services à la coopérative. Toutefois, l'absence de locaux adéquats pour la pratique de la médecine a découragé l'un des deux professionnels. Conséquemment, le second médecin a également refusé l'offre de la coopérative, ne désirant pas supporter seul le service de consultation médicale.

L'échec du processus de recrutement peut donc être expliqué par deux éléments : l'absence de locaux adéquats et l'incapacité d'assurer la présence de deux médecins. En ce qui concerne les locaux, plusieurs possibilités ont été étudiées, mais aucune ne s'est avérée adéquate pour abriter une clinique de santé. Pour l'instant, la meilleure solution semble être la construction d'un immeuble neuf.

Deux alternatives au projet initial

Point de services CLSC

Les difficultés relatives au recrutement de médecins amènent le conseil d'administration de la coopérative de santé à envisager l'établissement d'un point de services CLSC dans la municipalité d'Eastman, comme c'est le cas dans les municipalités frontalières de Stanstead et Mansonville. À cet égard, le maire Marinovich croit que la Coop de santé d'Eastman serait la meilleure structure pour gérer et administrer un point de services. On parlerait alors plutôt d'une entente de services avec le CSSSM. En fait, M. Marinovich considère que la structure de gouvernance de la coopérative est plus appropriée, que celle d'un point de services traditionnel, car elle est plus proche du milieu, plus souple et moins coûteuse.

Coopérative de prévention en santé

De l'absence de médecin a émergé l'idée d'une coopérative de prévention en santé. Le projet a rapidement été écarté. Selon M. Marinovich, la population en général n'est pas prête à travailler en prévention. Pour cette raison, ce type de coopérative de santé aurait peu de chance d'être viable financièrement, avance M. Marinovich.

FONCTIONNEMENT DE LA COOPÉRATIVE

Formule coopérative

La formule coopérative apparut dès le départ comme la solution la plus apte à répondre aux besoins de santé des citoyens d'Eastman. La Coop santé d'Eastman est une coopérative de solidarité. Il semble que ce type de coopérative fut recommandé par la CDR-Estrie. À cet égard, le plan d'affaires de la coopérative indique que « la formule coopérative et plus précisément la coopérative de solidarité répondent parfaitement aux besoins des futurs membres [...]. C'est la possibilité de compter sur trois catégories de membres [...] qui a permis de faire un choix éclairé quant à la forme juridique du projet »³⁹.

³⁹ *Ibid.*

Conseil d'administration

Les statuts et règlements de la coopérative prévoient un conseil d'administration composé de sept membres, dont cinq provenant de la catégorie utilisateur. En ce moment, trois élus municipaux et une employée de la municipalité se partagent l'administration de la coopérative. La prise en charge de l'organisation est donc entièrement assumée par la municipalité. Une fois la coopérative en opération, le conseil d'administration ne comptera qu'un seul élu et laissera toute la place aux membres, fait valoir le maire Marinovich.

Capital social

Le coût des parts de qualification diffère pour chaque type de membres :

- Utilisateur
 - Individuel : 5 parts sociales (10\$) pour un total de 50\$
 - Familial : 10 parts sociales (10\$) pour un total de 100\$

- Soutien
 - Individuel : 5 parts sociales (10\$) pour un total de 50\$
 - Corporatif : 10 parts sociales (10\$) pour un total de 100\$

- Travailleur : 5 parts sociales (10\$) pour un total de 50\$

Financement

Cotisation annuelle

La régie interne de la Coop santé Eastman prévoit le paiement d'une cotisation annuelle pour acquérir ou conserver le statut de membre. Le conseil d'administration n'a pas fixé le montant de la cotisation, car il souhaite laisser la décision aux membres qui seront présents à la première assemblée générale.

Fonds de développement et de consolidation des entreprises d'économie sociale (FDCEÉS)

Les administrateurs de la coopérative envisagent le dépôt d'une demande de subvention au FDCEÉS, dont la gestion est assurée par le CLD de la MRC de Memphrémagog. Toutefois, ils devront très certainement démontrer que :

1. la Coop Santé d'Eastman ne doublera pas les services déjà offerts par le CSSSM, ou que ;
2. les services en santé ne répondent pas adéquatement aux besoins de la population d'Eastman et que la coopérative verra à bonifier l'offre du secteur public.

Pacte rural

La coopérative a tenté de profiter du Pacte rural de la MRC Memphrémagog pour financer son démarrage. Cette demande de financement fut refusée par le comité de gestion du Pacte rural. Du reste, le *Plan de travail* du Pacte rural exclut d'emblée les *initiatives privées qui proposent des services déjà offerts*

*gratuitement dans le secteur public*⁴⁰. Ce refus d'accorder une subvention au projet de coopérative de santé a particulièrement déçu M. Marinovich. Dans une lettre adressée au président du comité ruralité et datée du 9 juin 2008, le maire d'Eastman, et président de la coopérative, souligne que le « projet, non seulement répond aux objectifs de la Politique nationale et de la MRC [...], mais est très structurant pour une municipalité comme Eastman ». Il ajoute que « ce type de coopérative ailleurs au Québec a reçu l'appui du milieu régional, conscient de l'impact positif pour la municipalité locale et pour la région ». Une recherche rapide dans les médias web donne raison à M. Marinovich. À titre d'exemple, les coopératives de santé suivantes ont reçu l'aide financière du Pacte rural : Saint-Léonard-d'Aston, Bas-Richelieu et des Maskoutains, Ste-Gertrude, Sainte-Thècle et Robert-Cliche.

Municipalité d'Eastman

Selon le maire d'Eastman, la municipalité serait ouverte à l'idée de soutenir la coopérative. Toutefois, aucune mesure d'aide n'a encore été déterminée. M. Marinovich ouvre la porte à des mesures comme un crédit de taxes foncières et à un don d'un terrain, comme ce fut le cas pour le projet de coopérative d'habitation pour aînés (Villa d'Argent).

BILAN, PERSPECTIVES ET ENJEUX

La Coop Santé d'Eastman est encore à l'étape de projet. Ce dernier mobilise pour l'instant peu de citoyens, d'organisations et de ressources financières. En fait, la coopérative se présente comme un projet de communauté dont le promoteur est la municipalité d'Eastman.

Le projet coopératif a rencontré nombre d'obstacles et plusieurs n'ont toujours pas été surmontés. D'abord, la coopérative ne possède pas de lieu d'affaires. Cette problématique est considérée par les promoteurs du projet coopératif comme le principal facteur expliquant l'échec du processus de recrutement des médecins. Dans le même ordre d'idées, les administrateurs de la coopérative disent attendre l'embauche d'un premier médecin avant de débiter le recrutement des membres. Enfin, le financement du démarrage de la coopérative n'est pas encore attaché. En ce sens, l'octroi d'une subvention du CLD de Memphrémagog par le FDCEÉS, tel que prévue au plan d'affaires de la Coop Santé d'Eastman, est loin d'être assuré.

Malgré les problématiques évoquées, les administrateurs semblent plutôt confiants de voir le projet de coopérative réussir. Du reste, trois solutions intéressantes sont avancées. L'une se résume à la construction d'un nouvel immeuble qui sera possiblement soutenue en partie par la municipalité. La seconde solution est le recrutement d'un médecin immigrant d'origine française, avec lequel la coopérative est en contact. La dernière solution serait d'accueillir un point de services du CSSSM qui prendrait la forme d'une entente de services entre le CSSSM et la Coop Santé d'Eastman.

⁴⁰ MRC de Memphrémagog (2008), *Pacte rural, Plan de travail 2007-2014*, p. 19.

RÉFÉRENCES

- Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie (2009), *Portrait de santé de l'Estrie et de la MRC de Memphrémagog 2006*, 125 p.
- CLICHE, Vincent (2008), « Vivre à Eastman : Eastman, petit village de charme » dans *Le Reflet du Lac*, dimanche, 13 juillet 2008, p. 41
- CLICHE, Vincent (2007), « Vivre Eastman : Une petite communauté en pleine croissance » dans *Le Reflet du Lac*, dimanche, 8 juillet 2007, p. 23
- CLICHE, Vincent (2007), « Une coopérative de santé verra le jour à Eastman », dans *Le Reflet du Lac*, dimanche, 25 février 2007, p. 21
- CLICHE, Vincent (2005), « Une coopérative de santé pourrait voir le jour », dans *Le Reflet du Lac*, Samedi, 1 octobre 2005.
- Entrevues avec une administratrice (4 février 2009), le maire d'Eastman (12 février 2009) et une agente du Centre local de développement de Memphrémagog (mars 2009).
- GAGNON, Jean-François (2008), « La santé doit passer par la coopération », dans *La Tribune*, Cahier spécial, mardi, 19 août 2008, p. S6
- GAGNON, Jean-François (2007), « Regard sur... Eastman : Une croissance harmonieuse », dans *La Tribune*, mardi, 31 juillet 2007, p. 23
- JACQUES, Dany (2005), « L'Équipe Marinovich presque haut la main à Eastman », dans *Le Reflet du Lac*, Samedi, 22 octobre 2005, p. 4
- MRC de Memphrémagog (2008), *Pacte rural, Plan de travail 2007-2014*, 25 p.
- RQVVS (2004), « Nouvelles des régions et des municipalités, Eastman en santé », dans *Le bulletin*, Printemps 2004, Volume 12, No 1, p. 4.
- Statistique Canada. 2007. Profils des communautés de 2006. Recensement de 2006.

Coopérative de solidarité en Soins et Services de Saint-Camille, La Corvée
Avril 2009

Recherche et rédaction
Sabrina Paquin

MISE EN CONTEXTE

Profil et milieu de vie

La municipalité de Saint-Camille est une communauté rurale de la MRC des Sources située à 22 km d'Asbestos et à environ 40 km de Sherbrooke. Saint-Camille a une densité de population de 5,4 habitants par km². 37,78 % de la population active (expérimentée de 15 ans et plus) travaille dans le secteur *Agriculture et autres ressources relatives aux industries*. Selon un texte écrit en 2003 par Vézina et al. du Ministère des Affaires municipales, du Sport et des Loisirs, « le vieillissement de la population, la dégradation du milieu bâti, la difficulté à maintenir des services sont autant d'écueils qui guettent certaines de ces communautés (rurales) ». Comme la plupart des milieux ruraux, Saint-Camille est confronté à un enjeu de dévitalisation du milieu.

Selon le profil des communautés 2006 (Statistique Canada), la municipalité de Saint-Camille comptait 448 habitants, soit une augmentation de 0,02 % comparativement à 2001, une première depuis 1986. De sa population, 16,8 % est âgée de plus de 65 ans et 32,37 % de plus de 55 ans. L'âge médian était 41,45 ans en 2006 comparativement à 41,0 pour l'ensemble du Québec. Le revenu médian après impôt des ménages s'élevait à 41 086 \$ en 2005, alors que celui des personnes de 15 ans et plus se situait à 19 549 \$ versus 22 471 \$ pour l'ensemble du Québec. Enfin, le pourcentage de faibles revenus après impôt était de 5,9 %. 63,16 % des ménages seraient composés d'une seule personne (60/195 ménages).

Contexte d'émergence

C'est dans un contexte de valorisation et de sauvegarde du patrimoine que la Coopérative La Corvée est née. Effectivement, à Saint-Camille, il est important pour ses habitants de conserver leurs institutions telles que le bureau de poste ou la Caisse populaire. D'ailleurs, c'est dans cet esprit que l'ancien magasin général du village a été acheté et transformé en centre culturel et communautaire connu sous le nom du P'tit Bonheur de Saint-Camille. Outre l'esprit de sauvegarde des monuments du milieu, Saint-Camille est caractérisé par ce que le secrétariat aux coopératives a nommé une dynamique sociale. C'est-à-dire une volonté réelle de prise en charge caractérisée par des espaces et des moments de discussion, une démocratie participative et une tradition coopérative propre à la municipalité. Effectivement, avant la naissance de La Corvée, des coopératives œuvraient déjà à Saint-Camille. C'est le cas notamment de la coopérative agricole le Pré-Vert, de la coopérative de reboisement d'érables à sucre de Saint-Camille et de la Caisse populaire Desjardins de Saint-Camille. Plus récemment, une coopérative de redynamisation agricole et forestière (Coopérative de solidarité La Clé des champs) a vu le jour, sans oublier la coopérative d'habitation La Corvée qui est née du démarchage de la coopérative de solidarité du même nom.

C'est dans la perspective d'offrir des services de proximité afin de ne pas déraciner les personnes âgées de leur milieu et de ne pas effriter leur sentiment d'appartenance à une communauté que la coopérative de solidarité La Corvée a vu le jour.

LES PREMIÈRES DÉMARCHES

Projet initial

La création de la coopérative de solidarité en services et soins de santé La Corvée est née suite à la constatation du manque d'infrastructures d'habitation adaptées pour les personnes âgées et à la conciliation de ce besoin avec la mise en vente du presbytère de la paroisse en 1998. Ce bâtiment a alors été acheté par le Groupe du coin, un groupe de sept citoyens qui s'est incorporé et donné pour mission de sauvegarder le patrimoine de la municipalité de Saint-Camille en 1987. Il a acquis le presbytère en vue de le concéder à l'organisme qui prendrait en charge la responsabilité du projet d'habitations pour personnes âgées.

Validation des besoins

Le manque d'infrastructure pour les personnes âgées a été validé lors de l'enquête effectuée par la Corporation de développement socio-économique. Le sondage consistait à aller rencontrer chacune des personnes âgées et de faire une entrevue semi-dirigée avec elle de façon à identifier ses besoins et ses désirs. Il semble que cela faisait déjà plusieurs années que l'on cherchait comment offrir des services de proximité aux aînés à Saint-Camille, de façon à éviter leur déracinement. Effectivement, sous cette nécessité d'offrir des habitations adaptées aux personnes âgées, il y avait aussi le désir de combler leur besoin de rester dans leur municipalité, caractérisé par leur sentiment d'appartenance à la communauté.

Leadership

Une fois le presbytère acheté, le Groupe du coin s'est mis à la recherche d'une personne susceptible de prendre en charge le dossier. Ils ont approché Joanne Gardner, une Montréalaise d'origine qui habitait la municipalité depuis près de 18 ans. Elle effectuait un certificat en gérontologie à cette époque. D'ailleurs, le projet est rapidement devenu son sujet de mémoire. Mme Gardner et quelques membres du Groupe du Coin, aussi membres de la Coopérative de solidarité La Corvée, deviendront rapidement les piliers de cette initiative coopérative.

Solutions alternatives

À l'époque, beaucoup de pistes de solution ont été envisagées pour combler les besoins des personnes âgées. Or, selon une publication du secrétariat aux coopératives⁴¹, soit « les projets étaient trop coûteux » ou encore « trop institutionnel(s) » tel que pouvait le sembler la perspective d'un foyer d'hébergement.

⁴¹ Secrétariat aux coopératives, AAC, Gouvernement du Canada (2005), Les initiatives coopératives de Saint-Camille, Soins de santé à domicile, habitation et développement rural, Étude de cas, 22 p.

Synthèse de l'émergence et du démarrage de la Corvée Du 17 décembre 1999 au 21 décembre 2000
1. Fondation de la Coopérative de Solidarité en Soins et Services La Corvée
2. Début des activités de la Coop de Solidarité en Soins et Services la Corvée
3. Présentation des esquisses de plan à l'architecte
4. Recherche de financement auprès notamment de la SCHL et de la SHQ
5. Séance d'information publique. Résultats : appui, mais expression de doute dans la réussite du projet.
6. Rencontre avec la Fédération Coop-Habitat Estrie
7. Constitution de la Coopérative d'Habitation La Corvée
8. Demande de subvention à la SHQ (AccèsLogis)
9. Rencontre avec le représentant de la SHQ car les esquisses ne correspondent pas aux normes établies. Verdict : projet de 500 000 \$ accepté.
10. Recherche en contribution du milieu. Résultats : 70 000 \$ d'amassés.
11. Demande au CLD – Fonds d'Économie Sociale : 30 000 \$
12. Débuts des travaux pour la construction des cinq unités de logements adaptés
13. Rénovation du presbytère
14. Réunion de chantier et suivi
15. Entrée des locataires le 21 décembre 2000
16. Assemblée d'organisation pour former le véritable C.A. de la Coopérative d'Habitation. Les membres donnent un nom à la première maison de la coopérative : Art-mon-Nid.

Le démarrage de l'entreprise

La Coop de Solidarité en Soins et Services La Corvée a été fondée le 17 septembre 1999 et a débuté ses activités en janvier 2000, suite à l'obtention du Fonds pour la lutte à la pauvreté qui a permis d'engager la coordonnatrice.

Le premier mandat de la coordonnatrice a été de mettre sur pied des logements adaptés pour les personnes âgées. Cela s'est fait en plusieurs étapes. Les plans modifiés du presbytère ont d'abord été soumis à un architecte. Ensuite, la recherche de financement auprès de la Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL) et de la Société d'Habitation du Québec (SHQ) a été effectuée. On a aussi tenu une séance d'information publique. D'ailleurs bien que le projet y ait reçu un appui moral, des doutes relatifs à la réussite du projet ont aussi été exprimés. Le groupe fondateur a même rencontré la Fédération Coop-Habitat Estrie. Par la suite, on a décidé de mettre sur pied la Coopérative d'Habitation la Corvée. Une subvention en provenance du programme d'AccèsLogis de la SHQ a permis la rénovation du presbytère de façon qu'il loge quatre logements, une cuisine collective, un salon communautaire, un bureau et une clinique santé. La subvention d'AccèsLogis a aussi permis la construction de cinq logements adaptés supplémentaires. Une fois que le projet a été accepté par la SHQ et admis à AccèsLogis, la recherche de financement s'est poursuivie. D'abord, La Corvée a récolté 70 000 \$ du milieu, comprenant 30 000 \$ du Fonds d'Économie Sociale du CLD. Finalement, les travaux de construction ont été entamés et, le 21 décembre 2000, les locataires sont entrés dans leur nouveau logement, qu'ils nommeront plus tard la Maison Art-mon-Nid.

La vie communautaire de Art-mon-Nid a pris son essor en 2001 avec des rencontres hebdomadaires sur des thématiques mensuelles, mais aussi avec le soulèvement des anniversaires des différents locataires.

Des activités telles les *dimanches après-midi entre amis* où les membres de la population sont conviés, des repas communautaires, des feux de joie, des chants et des sorties occasionnelles, telle une partie de sucre, ont été organisées. Des groupes de cuisines collectives ont même été formés en partenariat avec *Cuisine Amitié d'Asbestos*.

PRÉSENTATION DE LA COOPÉRATIVE

L'une des spécificités propres à l'initiative coopérative La Corvée est qu'elle implique deux entités coopératives distinctes; soit une coopérative d'habitation et une coopérative de solidarité en soins et services de santé. Bien qu'au départ, une seule coopérative était dans la ligne de mire des instigateurs du projet, cette particularité a été élaborée au fil du processus de réflexion, de façon à pouvoir saisir les différentes opportunités de financement. À ce moment, les coopératives de solidarité n'étaient pas éligibles à Accès-Logis de la SHQ.

Structure de gouvernance

Bien que les deux structures étaient dirigées par la même directrice, Mme Gardner; chacune des coopératives (d'habitation et de solidarité) possédait et possède leur propre conseil d'administration. D'ailleurs, ni les missions, ni les bases du membership ne sont les mêmes. La mission de la coopérative d'habitation est de favoriser l'accès à des logements à coûts abordables alors que celle de soins et de services est d'offrir des services de soutien et d'accompagnement. Cette dernière se veut « une entreprise collective qui met l'emphase sur le bien-être des aînés et de la population en général, ainsi que le maintien de chacun dans son milieu de vie naturel, en offrant des solutions alternatives de soins et de services axés sur la prévention, l'éducation et l'animation »⁴². La vision de la coopérative, pour sa part, est traduite par son nom : La Corvée. Les fondateurs ont ainsi espéré mettre en valeur l'entraide et le travail en commun.

Clientèle et territoire

Bien qu'au départ, le territoire desservi par la Corvée est celui de la municipalité de Saint-Camille, rien ne limitait d'aucune façon le territoire d'interventions de la coopérative. D'ailleurs, il semble qu'au fil du temps, la coopérative d'habitation s'est défini par une vocation locale comparativement à la Coopérative de Solidarité qui a vu ses activités s'étendre sur le territoire de la MRC des Sources et les MRC environnantes. Se conférant ainsi un territoire d'actions régional, notamment par le biais des services d'animation.

Membres

Pour devenir membre de la coopérative de solidarité, il faut déboursier 250,00 \$ pour une part de qualification. Celle-ci correspond à 25 parts sociales de 10,00 \$ alors que pour la coopérative d'habitation, les parts de qualification s'élèvent à 300,00 \$, soit 30 parts sociales au coût de 10,00 \$. Plusieurs modes de paiements sont disponibles : que ce soit en entier ou en versements de 5,00 \$ par mois pour la coopérative d'habitation ou en entier, en cinq versements ou en douze versements pour la coopérative de solidarité. D'ailleurs, il existe d'autres parts de qualification pour cette dernière. Le conjoint ou la conjointe d'un membre, ses enfants, ses petits-enfants, de même que ces nièces et neveux peuvent devenir

⁴² GARDNER J et BELLEROSSE H,-P. (2004), La Corvée, un projet qui fait du chemin, document présenté au comité de sélection pour le prix Jean-Pierre Bélanger 2004 de l'ASPQ.

membres pour seulement 120,00 \$, soit l'équivalent de 12 parts sociales. Si c'était à refaire, les fondateurs repenseraient peut-être la part de qualification de la coopérative de solidarité, car cette cotisation semble, au fil du temps, avoir nuit au recrutement et conséquemment il s'est avéré difficile de trouver de nouveaux membres administrateurs.

Avant de mettre fin à ses activités, la coopérative en soins et services comptait 62 membres dont 45 membres utilisateur, 15 membres de soutien, dont six membres moraux, et trois membres travailleur, soit Mme Gardner, Mme Jobin et Mme Sauvé, des accompagnantes de vie. Environ le quart des membres provenaient de l'extérieur de Saint-Camille, dont la moitié des membres de soutien. La coopérative d'habitation est limitée pour sa part à neuf membres, soit les neuf locataires.

Conseil d'administration

Le conseil d'administration de la coopérative de solidarité est composé de neuf membres au total, soit sept membres utilisateur, un membre travailleur et un membre de soutien représentant tous les autres membres de soutien. Pour la coopérative d'habitation, seulement cinq personnes siègent au C.A. : trois locataires, un représentant de la Fédération Coop-Habitat Estrie ainsi que Mme Gardner, directrice de la Corvée. En 2008, suite à un changement de règlement, le C.A. de la coopérative de solidarité est passé de neuf à sept membres et celui de la Coopérative d'habitation de 5 à 6 membres.

Services

Le type de services offerts par la Corvée s'inscrit dans une vision de logement-accompagnement. Cela signifie que les services offerts par la coopérative de solidarité sont complémentaires avec les services à domicile déjà existants. Selon le document « Un projet qui fait du chemin » de Mme Gardner et M. Bellerose, il semble que les personnes âgées aient besoin de personnes capables de les aider à s'occuper de leur résidence et d'organiser des activités. Bien que les aînés soient sensibilisés et prêts à occuper leur fonction au sein du C.A. de leur coopérative d'habitation, ils sont conscients qu'ils n'ont pas toute l'expertise et le savoir-faire pour exécuter leur fonction. Savoir compter sur des gens fiables, qui croient au projet est sécurisant pour les personnes âgées habitant la Maison Art-mon-Nid. Ainsi, au-delà du support apporté par les membres de la communauté, on retrouve une directrice générale capable d'accompagner les administrateurs de la coopérative d'habitation dans la gestion de leur habitation en plus de travailler au développement de la vie communautaire, par le biais de la coopérative de solidarité. Il existe quatre catégories de services offerts par la coopérative de solidarité en soins et services La Corvée. Ce sont des services de délasserment-santé, d'animation, ceux offerts à la clinique de santé et « Les Accompagnements de vie ».

Dans la catégorie Délasserment-santé, on retrouve des activités de relaxation, de jeux de groupe et d'activités physiques. En fait, ces activités se donnent à de petits groupes. C'est par le biais d'un abonnement pour une période de cours que le financement et la réalisation d'une activité de délasserment-santé sont assurés.

Les activités d'animation, quant à elles, sont réalisées sur une base ponctuelle en fonction des différentes subventions. À titre d'exemple, des animations, sous forme d'un spectacle avec des bénévoles de 13 à 77 ans, sur la thématique « Prévenir pour mieux guérir » ont été effectuées de façon à permettre à la personne âgée et la population en générale d'avoir des conseils sur l'exercice physique, la détente, les

bienfaits du rire et l'importance de boire de l'eau, ainsi que de faire tomber certains préjugés sur l'avancement en âge.

À la clinique santé, on y retrouvait les services d'une ostéopathe, d'une infirmière spécialisée dans les soins de pieds, d'une thérapeute en relation d'aide, et d'une phytothérapeute. Comme les thérapeutes étaient autonomes, ils chargeaient directement les frais de leurs services à l'utilisateur. C'est le principe de proximité de services que la coopérative a voulu respecter en mettant un local à la disposition de ces professionnels de la santé.

Le service Accompagnement de vie est tarifé notamment en fonction du nombre d'heures de services. Ce service vise à guider une personne qui vit une période plus difficile telle qu'une convalescence, une fin de vie ou encore qui a eu un accident. Les Accompagnements de vie se veulent aussi une aide pour les aidants naturels. Ce service vise notamment à élaborer un projet d'aide personnalisé.

Pour ce qui est de la coopérative d'habitation, on y retrouve les services déjà mentionnés tel que les logements adaptés, une cuisine communautaire et un local mis à la disposition des professionnels de la santé.

LE FONCTIONNEMENT

Cessation des activités

Alors que la coopérative d'habitation La Corvée poursuit ses activités, la coopérative de solidarité en services et soins de santé La Corvée a, pour sa part, cessé ses activités en décembre 2008. C'est notamment les différentes contraintes de financement qui ont conduit les membres du C.A. à faire la proposition aux membres en A. G. A. de mettre fin à la Coopérative de solidarité. Les membres ont préféré maintenir la coopérative en vie pour plusieurs raisons. D'abord, cela prend du temps et une certaine expertise pour mettre une coopérative sur pied : la Corvée existe déjà. Ensuite, il pourrait advenir que le contexte de financement change et dans ce cas, la coopérative pourrait répondre présente à l'appel : elle serait déjà prête à rendre les services. D'ailleurs, il n'est pas dit que la coopérative n'exécutera pas quelques activités ponctuelles, avec le financement approprié, évidemment. Dès lors, au lieu d'avoir un ou une D.G., ce serait des chargés de projet qui travailleraient au compte de la coopérative. Finalement, si les membres de la coopérative avaient décidé de mettre fin à la vie coopérative de la Corvée en décembre 2008, aucun d'entre eux n'aurait pu récupérer sa part sociale. Après avoir absorbé trois années de déficit, le fond de réserve de la coopérative était épuisé.

Financement et appui

Au départ, avec l'achat du presbytère et le fait d'avoir agi à titre de comité fondateur, le Groupe du Coin s'est avéré l'un des partenaires majeurs de La Corvée. Sa vision de développement et de revitalisation du milieu a définitivement influencé le parcours de La Corvée. Cependant, au-delà de ce groupe, ce sont maintes contributions du milieu qui ont rendu possible le projet de construction. Ce dernier a été financé à la hauteur de 30 000 \$ par le Fonds d'Économie sociale du CLD. Les 70 000 \$ amassés au sein du milieu proviennent notamment de la Fédération Coop-Habitat Estrie, de la municipalité (6000 \$) et de la Caisse Populaire de Saint-Camille, de Magnola, du député provincial M. Yvon Vallières, ainsi que des citoyens de Saint-Camille. Avec un montant de l'ordre de 10 000 \$, les parts de qualification ont aussi contribué à financer les activités de la Corvée.

Il faut voir que La Corvée a bénéficié d'une panoplie d'aides et de soutien de toute part. D'abord, au niveau technique, elle a reçu un appui de la Corporation de développement de Saint-Camille, du P'tit Bonheur de Saint-Camille, de la Municipalité, du Club d'âge d'Or, de la Fabrique et de la Caisse Populaire. La coop a aussi reçu plusieurs dons de la population et a bénéficié des corvées qu'elle a réalisées. Le jardin communautaire, a pour sa part, bénéficié de plusieurs commandites notamment : de la Table de concertation agro-alimentaire de la Région d'Asbestos (TACARA) / CLD, du député Yvon Vallières, de la Municipalité, de la SADC, de la Caisse Populaire, de GSI Environnement pour le CompoSol, de la Coop agricole du PréVert, de même que d'un entrepreneur en excavation. Pour ce qui est des aides gouvernementales en provenance du Québec, La Corvée eut accès au Fonds de Lutte contre la pauvreté d'Emploi Québec, aux subventions Salariales et au Fonds d'Économie Sociale, alors que pour les aides gouvernementales du palier fédéral, la coopérative eut accès au Partenariat Rural Canada et à Placement Carrière-été, ainsi que Initiative Développement Coopératif su Secrétariat aux Coopératives. « Le projet a profité de la concertation d'organismes du milieu local et régional dans la réalisation de certaines étapes du projet. »⁴³

Financement de projets versus financement à la mission

Cependant, bien que la coopérative ait bénéficié de la concertation du milieu, il semble qu'elle ait dû faire face à d'énormes défis en matière de financement, lesquels ont d'ailleurs conduit à la cessation des activités de la coopérative de solidarité. La coopérative ne bénéficiait d'aucun financement à la mission. Toutes les sources de financement auxquelles elle a eu accès nécessitaient la création de nouveaux projets. La coopérative a toujours fonctionné grâce aux multiples subventions provenant que ce soit d'AccèsLogis, du CLD, du fonds du Pacte rural, de la Fédération Coop-Habitat, du programme *Engagés dans l'action pour les aînés du Québec* du Ministère de la Famille et des Aînés du Québec ou encore du programme *Initiative de développement coopératif*, etc. La problématique engendrée par cette situation consiste en le fait que la directrice générale Mme Joanne Gardner, consacrait un grand pourcentage de son temps à élaborer des demandes de subventions ou chercher d'autres sources de financement et aucune d'entre elles n'assurait son salaire, voire sa permanence. Les subventions salariales que la coopérative a réussi à obtenir visaient l'embauche de nouvelles personnes. « Dans une coopérative de solidarité, il faut des membres travailleurs; or si on n'arrive pas à fournir un seul emploi, on ne va pas très loin. [...] Il faut au moins 75 000 \$ par année pour assurer un bureau et sa permanence », affirme Henri-Paul Bellerose, président de la coopérative de solidarité.

Au cours de son évolution, la coopérative de solidarité n'a pas réussi à solidifier sa situation financière. Plus du trois quarts de ces revenus provenaient de sources extérieures. Ce n'est pas par faute d'avoir essayé. En 2005, elle a tenté de faire appel au programme de soutien aux organismes communautaires de la Régie régionale de la santé et des services sociaux en misant sur le fait que La Corvée permet au gouvernement du Québec de faire des économies en matière de santé en favorisant l'autonomie chez les aînés, voire une qualité de vie et un certain maintien à domicile.

Épuisée par la tâche, la D.G., accompagnée des membres du C.A. ont entamé des démarches auprès de l'Agence de santé et des services sociaux pour obtenir un financement à la mission, notamment pour permettre les « Accompagnements de vie »; un service mis en place par Mme Gardner en 2005-2006 consistant à accompagner une personne de façon ponctuelle, soit, dans une période de crise. Or, à la

⁴³ *Ibid.*

grande surprise de tous, selon Mme Gardner, une coopérative de solidarité n'est pas éligible. Bien qu'elle remplisse tous les autres critères, la coopérative de solidarité La Corvée aurait dû se transformer en OBNL pour être admissible. « La loi a été rédigée avant la création de coopérative de solidarité, l'Agence devrait revoir ses critères, car les coopératives sont admissibles au Pacte rural et aux autres des programmes gouvernementaux de l'Agence destinés aux organismes à but non lucratif, outre celui se rapportant au domaine de la santé », affirme Mme Gardner.

Par contre, il faut voir que les statuts ne représentent pas la seule difficulté relative à la recherche de financement auprès de l'Agence. Tel qu'il est mentionné dans le rapport du secrétariat aux coopératives :

Dans le domaine des soins à domicile, il existe plusieurs coopératives et organismes qui dispensent des services reconnus par l'État qui défraie une partie des coûts liés aux services. La coop en soins et services n'a pas accès à ce soutien public pour deux raisons : premièrement, les services qu'elle dispense ne sont pas des travaux d'entretien ménager mais des services d'accompagnement et deuxièmement, il n'y a généralement qu'un organisme reconnu pour dispenser ce type de services par MRC.

Reconnaissance

Pour son caractère innovateur, la coopérative de solidarité en soins et services La Corvée a bénéficié d'une très grande visibilité que ce soit, au Québec, au Canada comme à l'étranger (article du Monde diplomatique) de même que d'une importante reconnaissance. Elle a notamment reçu le Prix Ruralité 2002, accompagné d'une bourse de 10 000 \$ d'Agriculture et Agroalimentaire Canada. En 2001, elle a reçu la Distinction Nouvelle coopérative du Gala du Mérite coopératif Estrien alors qu'en 2003, c'était celle Innovation et Développement. En 2004, La Corvée, toujours la coopérative de solidarité, a reçu le prix Jean-Pierre Bélanger 2004, un prix à l'innovation en promotion de la santé, de l'Association pour la Santé Publique du Québec (Bourse de 2000 \$). Enfin, en 2005, le Prix d'aide aux aînés de la Fondation Desjardins accompagné d'une bourse de 5 000 \$.

Au-delà des différentes reconnaissances, La Corvée, coopérative de solidarité en soins et services, éveille bien des curiosités. Pour n'en nommer que quelques exemples, un groupe d'États-Uniens mis en relation par le ministère de l'Industrie et du Commerce (MICQ) est venu visiter la coopérative. Aussi le Conseil de la coopération a référé la coopérative à différents promoteurs de Coop de solidarité, dont l'un de Montréal et l'un d'Ottawa, lesquels sont venus à la rencontre des instigateurs de La Corvée. À l'été 2004, la coopérative eut la visite d'un groupe de médecins japonais. Finalement, la coopérative a aussi accueilli le journaliste Bernard Cassen du Monde diplomatique. En août 2006, cet homme publiait un article intitulé « Un village-monde au Québec, Longue vie à Saint-Camille! »

BILAN ET PERSPECTIVES

Freins

Au fil des neuf années de services, la principale difficulté rencontrée par la coopérative de solidarité en soins et services de santé est celle de la stabilisation et de la pérennisation du financement ce qui a eu pour conséquence de soulever une seconde difficulté, soit celle d'assurer au moins un emploi permanent.

Un frein au développement de la coopérative réside aussi dans le recrutement des membres que ce soit parce que la part de qualification était trop élevée, ou encore à cause de la mauvaise distinction entre la coop d'habitation et celle de solidarité. Effectivement, il semble que le fait que les deux entités portent le même nom ait semé la confusion et ait interféré sur l'appropriation du milieu.

Facteurs de succès

Les neuf ans d'exercices de la coopérative témoignent tout de même que cette dernière a réussi à tirer profit des différentes opportunités qui s'offraient à elle. Elle a d'ailleurs su bien s'ancrer dans le milieu et travailler avec les différents acteurs locaux. Non seulement, les dons, subventions et autres financements en témoignent, mais aussi l'accueil et le soutien que le milieu a apporté à la coopérative. D'ailleurs, l'implication bénévole de la communauté n'est certainement pas négligeable. Le fait d'avoir pu bénéficier du capital et de l'expertise d'un organisme tel le Groupe du Coin lors de la phase d'émergence du projet est aussi l'un des facteurs de réussite pour La Corvée. Avoir un capital à sa portée a permis à la coopérative de prendre le temps de s'organiser. Dans les faits, la coopérative d'habitation a rapidement eu le financement d'*AccèsLogis*, mais si cela avait tardé, la coopérative n'était pas bousculée : le Groupe du coin les supportait. La Corvée a aussi pu bénéficier d'une expertise au démarrage et d'un soutien au développement en provenance de son réseau externe, notamment auprès de la FCHE. Comme il a été mentionné précédemment, la coopérative a su développer une expertise en recherche de financement. Sans aucun financement à la mission, c'est par le biais de dons, de commandites et de différents programmes de financement que la Corvée a réussi à maintenir ses activités pendant autant d'années. D'ailleurs, le fait que la coopérative La Corvée se soit divisée en deux entités a permis d'obtenir divers financements selon qu'ils étaient attribués à la coopérative d'habitation ou encore à la coopérative de solidarité. Ce fut le cas avec la subvention d'*AccèsLogis* pour la coopérative d'habitation. Finalement, il ne faut pas oublier toute la reconnaissance et les mérites qu'a obtenus la coopérative la Corvée. Bien que ces appréciations soient témoin du succès de la coopérative, elles ont aussi permis de bâtir la crédibilité de la coopérative.

Perspectives

Depuis décembre 2008, la coopérative de solidarité a cessé ses activités, cependant, les membres n'ont pas voulu la dissoudre. Quelles sont les perspectives pour cette coopérative au potentiel latent?

En 2009, le ministère de la Santé et des Services sociaux n'accorde encore aucune enveloppe budgétaire destinée au financement à la pérennisation des services des coopératives de santé. Par contre, Olivier Étienne a écrit dans le bulletin du secteur santé de la Fédération des coopératives de services à domicile et de santé du Québec, qu'il fallait porter une attention particulière au ministre de la Santé, Yves Bolduc, qui a récemment reconnu les coopératives de santé tel des acteurs incontournables du système de la santé. De plus, il faut voir qu'en 2008, les coopératives de santé se sont organisées et affiliées à la Fédération des coopératives de services à domicile de façon à mieux voir à leur promotion, leur réseautage, de même que leur représentation. Les défis (propres aux coopératives de santé) qu'a ciblé la fédération sont, outre la pénurie de médecins, le financement à long terme, l'arrimage avec le système public, la connaissances des impacts du développement coopératif en santé et la reconnaissance comme GMF. Les démarches de la fédération permettront peut-être à long terme la reprise des activités par la coopérative de solidarité la Corvée, bien que Mme Gardner en doute : « à ce niveau, les coopératives de santé concernés sont d'abord et surtout des cliniques et pour nous, c'était un aspect mineur de nos

services, nous étions plus axé sur la prévention dans le quotidien et la vie des gens ». L'un des principaux défis que tentera de soulever la Fédération réside en l'établissement d'un partenariat national entre les instances de santé et les coopératives.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

CARON, J.-B., (dir) (2008). *Portrait sommaire des coopératives de santé*, pour la Fédération des coopératives de services à domicile du Québec, juillet, 4p.

CASSEN B. (2006). « Un village-monde au Québec Longue vie à Saint-Camille ! », *Le monde diplomatique*, août, p.11.

Entrevue avec l'ancienne coordonnatrice et le président, réalisée le 17 février 2009

GOUGEON, F. (2006). « Des coopératives de citoyens à la rescousse du système? », *La Tribune*, 26 septembre, p.23.

LA FÉDÉRATION DES COOPÉRATIVES DE SERVICES À DOMICILE ET DE SANTÉ DU QUÉBEC (2009), Le bulletin du secteur santé de la Fédération, Éd. 2, N°1, 29 janvier, 7p.

LANGLOIS, G. (2004). *La Coop de solidarité en soins et services de Saint-Camille et son impact sur la cohésion sociale*, décembre, 69 p. (Collection Études de cas d'entreprises d'économie sociale)

LA TRIBUNE (2004). « Le prix Jean-Pierre Bélanger à la Corvée de Saint-Camille », *La Tribune*, 30 novembre, p. B4.

ROSS. J. (2004). « Joanne Gardner, L'entraide au quotidien, Celle qui a mis sur pied la Corvée de Saint-Camille vit depuis toujours une passion pour l'entraide communautaire et les aînés », Le mérite estrien, *La Tribune*, 18 octobre, p. B8.

SECRÉTARIAT AUX COOPÉRATIVES, AAC, Gouvernement du Canada (2005). Les initiatives coopératives de Saint-Camille, Soins de santé à domicile, habitation et développement rural, Étude de cas, 22 p.

STATISTIQUES CANADA (10-03-2009). *Profil des communautés 2006 : résultats pour Saint-Camille*, <<http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2006/dp-pd/prof/92-591/details/Page.cfm?Lang=F&Geo1=CSD&Code1=2440025&Geo2=PR&Code2=24&Data=Count&SearchText=Saint-Camille&SearchType=Begin&SearchPR=01&B1=All&Custom=>> page consultée le 3 avril 2009.

VÉZINA G.et al. (2003). *Les collectivités viables en milieu rural : bref regard sur les enjeux et sur certaines pistes d'action*, texte tiré du guide faisant partie de la trousse d'actions Vers des collectivités viables (guide, vidéos documentaires et cédérom) réalisé par Vivre en Ville, Ministère des Affaires municipales, du Sport et du Loisir.

Coop santé de l'Université de Sherbrooke
Avril 2009 (information à jour en février 2009)

Recherche et rédaction
Sabrina Paquin

MISE EN CONTEXTE

Profil et milieu de vie

Le territoire couvert par l'action de la Coop santé de l'Université de Sherbrooke est celui de l'Université de Sherbrooke. Comme l'Université possède plusieurs campus, il est plus cohérent de parler de la population rejointe. Il s'agit de la communauté universitaire composée de plus de 17 000 étudiants à temps plein ainsi que de près de 7000 employés. Conséquemment, la population de cette communauté est plus éduquée que la moyenne sur un territoire administratif donné. Elle partage, à divers degrés, un sentiment d'appartenance envers l'institution qu'elle fréquente, puisqu'elle a fait le choix d'y travailler ou d'y étudier.

Tradition de coopération

À l'Université de Sherbrooke, il y a une tradition de coopération, voire un « leadership coopératif » selon le président de la Coop santé, Gaston Stratford, puisque des initiatives coopératives ont vu le jour au sein de la communauté universitaire. Il y eut d'abord la création de la coopérative étudiante en 1966, puis la première chaire de la coopération créée en 1967, de même que l'Institut de recherche et d'éducation pour les coopératives et les mutuelles de l'Université de Sherbrooke (IRECUS) en 1976. Bien qu'elle n'ait pas exactement la même signification, le président de la Coop santé ajoute à cette liste la coopération entre les acteurs du milieu et l'établissement d'enseignement dans le cadre du régime coopératif d'études. Finalement, plus récemment, on note la création de la coopérative d'habitation L'Estudiantine, le passage de la gestion de la librairie à la Coopérative de l'Université (COOPSCO), de même que le mouvement en vue d'une gestion coopérative des services alimentaires du Campus principal. L'émergence de la Coop santé s'inscrit dans cette mouvance.

CONTEXTE GÉNÉRAL D'ÉMERGENCE

« De la parole aux actes »

L'initiative de la Coop santé est née d'une vision du recteur Bruno-Marie Béchard qui voyait à l'Université de Sherbrooke la première coopérative de santé universitaire en Amérique. C'est à l'occasion du Forum coopératif du 14 mars 2006 à Québec qu'il avait formulé ce souhait, alors qu'il faisait hommage aux valeurs coopératives. Suite à cette allocution, il a repris les mêmes propos à plusieurs reprises. En vue de « passer de la parole aux actes », pour reprendre les mots de Gaston Stratford, il s'est adressé aux C.A. de la FEUS et du REMDUS, de même qu'à l'assemblée générale de la Coopérative de l'Université de Sherbrooke. Il les a invités à développer davantage les coopératives à l'Université pour que des étudiants s'approprient les valeurs et les principes coopératifs en vue de l'atteinte d'un meilleur équilibre dans la société. C'est à

partir de ce moment que M. Stratford a commencé à réunir les gens. À l'automne 2006, il a fait du recrutement. Il a rejoint et rassemblé des personnes représentatives de la communauté étudiante et des membres du personnel afin de discuter du projet. Ce cheminement s'est composé de maintes rencontres et consultations, tant individuelles que collectives, pour finalement déboucher sur le développement d'un comité porteur du projet de coopérative de santé à l'Université de Sherbrooke. Très tôt dans le processus de consultation, les directions des partenaires institutionnels majeurs de l'Université tels que le CHUS, l'ASSSE et le CSSS-IUGS ont été informées des démarches en vue de la création d'une coopérative de santé.

La validation des besoins

C'est l'établissement d'un premier constat en matière de gestion des services en lien avec la santé sur le Campus principal qui a permis de confirmer la pertinence de la création d'une coopérative de santé à l'Université. Effectivement, M. Stratford affirme qu'après avoir effectué l'inventaire des services offerts, les ressources correspondantes se sont avérées disparates et éparpillées, alors que d'autres besoins, exprimés au sein du comité notamment en matière de dépistage et de vaccination, n'étaient pas répondus. Une coordination des services, de même qu'une plus grande liaison entre eux s'avéraient nécessaires.

Dans un deuxième temps, la Coop santé apportait aussi une réponse au besoin de survie du programme de la santé et du mieux-être du personnel de l'Université nommé Universanté. À ce moment, son financement, de l'ordre de deux cent mille dollars par année, était une source de préoccupation.

En s'appropriant le programme Universanté, la Coop santé offrait alors à l'Université la possibilité de le pérenniser en élargissant son financement, en plus de saisir l'opportunité de récupérer un programme structuré, fonctionnel et qui avait fait ses preuves en 5 ans d'expérience. D'ailleurs, Universanté deviendra la pierre angulaire, voire l'élément moteur de la coopérative. Les porteurs du projet de la Coop santé s'inspireront du programme déjà existant. Suite à l'invitation du comité paritaire (comité mixte composé des parties patronales et syndicales) de l'Université sur les projets relatifs à la santé et au bien-être du personnel, Universanté a été mis sur pied en 2002 par un groupe de la Faculté d'éducation physique et sportive (FEPS) dont l'actuel membre du C.A. de la Coop santé, Pierre Gauthier, et son directeur général, Jacques Beaulac. Ce dernier était alors directeur adjoint du Service des ressources humaines. L'un des buts de la création d'Universanté était de prévenir les problèmes liés à la santé psychologique en milieu de travail, lesquels causaient jusqu'à 50 % des absences. Selon le rapport « Projet en cours » de la Coop santé datant du 14 mai 2008, « il a été démontré qu'un tel programme rapporte de 2 \$ à 6 \$ pour chaque dollar investi ».

Type de coopérative

Comme ce programme était au départ « pour les employés, géré par les employés », il apparaissait logique, comme l'a indiqué le directeur général de la Coop santé, Jacques Beaulac, que la formule coopérative, laquelle nécessite une gestion par ses membres, soit utilisée pour promouvoir la santé à une plus large échelle sur les campus de l'Université de Sherbrooke.

Clientèle cible

La population visée est d'abord et avant tout les étudiants, de même que les membres du personnel, pour éventuellement, dans un deuxième temps, rejoindre les diplômés et retraités, à titre de membres utilisateurs associés.

Les rencontres du comité promoteur ont conduit les étudiants à dire qu'eux aussi voulaient un programme tel qu'Universanté. Si un programme en santé et mieux-être faisant la promotion des saines habitudes de vie et la prévention des maladies était bon pour les employés, cela était bon pour l'ensemble de la communauté universitaire.

De par la vocation qui se dessinait pour la Coop santé, celle-ci répondait au besoin de développer de saines habitudes de vie. Ce défi pour les vingt prochaines années est ressorti dans la publication des résultats d'une enquête par le Conseil de la science et de la technologie du Québec en 2005. La direction de la Coop santé justifie aussi la légitimité de l'initiative en citant l'un des axes prioritaires de l'OMS qui est d'encourager les bonnes habitudes alimentaires et l'activité physique.

Aucune étude précise n'a été effectuée afin d'identifier les besoins de la population cible de la Coop santé. Cependant, dans un avenir rapproché, au moment où la Coop santé aura atteint un certain nombre d'utilisateurs de l'analyse personnalisée des risques de santé, l'un des services offerts à la communauté universitaire, il sera possible d'obtenir le portrait « corporatif » auprès de la firme partenaire dans ce projet : Oxygène Santé Corporative. La Coop santé pourra alors, à partir de ces données, orienter différemment ses programmes ou encore développer de nouveaux services.

PREMIÈRES DÉMARCHES

Comité promoteur

Une requête de constitution a été signée le 28 mai 2007 et un comité provisoire a été formé. Parmi les 23 personnes et organisations qui ont permis la naissance de la Coop santé de l'Université de Sherbrooke, on retrouve le président du conseil d'administration de l'Université d'alors, Alban d'Amours, le recteur Bruno-Marie Béchar, le directeur du Service du sport et de l'activité physique, Christian Gagnon, le responsable du Service de santé et du Service de psychologie et d'orientation, Michel Roy, le directeur de l'IRECUS, Michel Lafleur, de même que la Coopérative de l'Université de Sherbrooke, le REMDUS et la FEUS à titre de personnes morales.

Constitution, mission et vision

Le 9 juillet 2007, la constitution de la coopérative de santé ayant pour mission de « concerter le milieu de vie autour de la santé globale grâce à des activités préventives et promotionnelles » était accordée aux 19 membres fondateurs utilisateurs individuels et aux 4 membres fondateurs de soutien. Dès lors, on nourrit la vision d'« une communauté constituée de personnes capables d'anticiper les conséquences de leurs comportements actuels sur leur état de santé futur et motivées à adopter des comportements affermissant leur capacité de prendre en charge leur santé globale tant au présent qu'au futur ». Le 2 octobre 2007, un partenaire majeur rejoint les rangs : l'Université devient membre de soutien corporatif.

Synthèse de l'émergence et du démarrage de la Coop santé de l'Université de Sherbrooke	
1. Mise sur pied du programme « Universanté »	2002
2. Allocution du recteur Bruno-Marie Béchard au Forum coopératif à Québec	14 mars 2006
3. Invitation lancée au C.A. du REMDUS, à l'A.G. de la Coopérative de l'Université de Sherbrooke et au C.A. de la FEUS	20, 28 septembre et 1 ^{er} octobre 2006
4. Recrutement de personnes susceptibles d'être intéressées par le projet de « Coop santé » par Gaston Stratford	automne 2006
5. Préoccupation face au financement du programme « Universanté »	automne 2006 et hiver 2007
6. Entente avec La Fondation de l'Université pour recevoir des dons et émettre des reçus fiscaux	janvier 2007
7. Inventaire des services offerts en lien avec la santé sur le Campus principal	hiver 2007
8. Signature de la requête de constitution et formation d'un comité provisoire	28 mai 2007
9. Constitution officielle de la Coop santé de l'Université de Sherbrooke	9 juillet 2007
10. L'Université devient membre de soutien corporatif	2 octobre 2007
11. Assemblée générale d'organisation de la Coop santé	15 novembre 2007
12. Communiqué annonçant la création de la Coop santé	30 novembre 2007
13. Approbation du logo apparenté à l'Université	10 décembre 2007
14. Première « Lettre aux membres » par courriel	4 février 2008
15. Entrée en fonction du D.G. Jacques Beaulac (prêt de service)	31 mars 2008
16. Entente de service avec l'Université pour permettre la participation des facultés et des services	24 avril 2008
17. Site Web de la Coop santé	30 mai 2008
18. Lancement de la Coop santé lors de la journée Universanté du personnel	12 juin 2008
19. Premières activités d'Universanté étudiant	30 juin 2008
20. Communiqué annonçant le 500 ^e membre	19 décembre 2008

La première année : novembre 2007 à novembre 2008

L'assemblée générale d'organisation de la Coop santé a eu lieu le 15 novembre 2007 au Carrefour de l'information. À ce moment, bien que le public ait été invité, seuls les membres fondateurs avaient le droit de vote. Ils ont ainsi adopté les règlements et élu les membres du C.A.

La priorité pour la première année de fonctionnement était l'organisation de la coopérative. Ainsi, les premières démarches visaient à rédiger un plan d'affaires, un budget et un argumentaire, en plus d'ouvrir un site Internet. En parallèle, les premières démarches en matière de financement ont été entamées. Il fallait trouver un moyen de financer l'embauche d'un directeur général. Finalement, c'est grâce à un prêt de service de la part de l'Université de Sherbrooke que Jacques Beaulac remplit, depuis le 31 mars 2008, les fonctions de la direction générale, et ce, jusqu'au 1^{er} avril 2013. Outre le prêt de service pour la direction générale, une entente de service a aussi été conclue avec l'Université afin que la coopérative puisse solliciter la participation des facultés et bénéficier des différents services, tel celui des Communications ou encore des Ressources humaines et financières. Les Services à la vie étudiante ont d'ailleurs renouvelé le prêt de service à demi temps de la psychologue Lucie Gauthier pour la coordination du programme Pairs

aidants. Une autre entente, avec La Fondation de l'Université de Sherbrooke, permet de recevoir des dons pour la Coop santé et d'émettre des reçus fiscaux.

Lors de la première année de fonctionnement, plusieurs activités ont été menées en parallèle afin de favoriser le meilleur démarrage possible pour la Coop santé. En termes de communication, un logo apparenté à l'Université de Sherbrooke a été approuvé. Cette stratégie permet entre autres à la Coop santé de bénéficier de la crédibilité de l'Université lors de sa recherche de financement. Pour rejoindre ses membres et communiquer régulièrement avec eux, le courriel *Lettre aux membres* a été créé, de même que le site Internet de la coopérative. Finalement, le lancement a été effectué lors de la journée Universanté du personnel du 12 juin 2008. La première année de la coopérative a donc servi à intégrer le programme Universanté du personnel, de même qu'à démarrer le programme Universanté étudiant et le service d'analyse personnalisée des risques de santé qui donne accès à un Portail santé, c'est-à-dire à une interface offrant différents outils pour favoriser l'éducation à la santé tel l'accès à des articles, à un forum de discussion et à des consultations en ligne avec des professionnels de la santé.

FONCTIONNEMENT DE LA COOPÉRATIVE

Formule coopérative

Le comité fondateur a opté pour la formule coopérative parce qu'il s'agit d'un outil collectif favorisant la prise en charge chez les individus. Le projet s'inscrivait dans la foulée des initiatives coopératives promues par le recteur, tout en correspondant à la philosophie du programme Universanté, récupéré par la Coop santé. De prime abord, en entendant la maxime d'Universanté : « un programme pour le personnel géré par le personnel », on cherche à savoir pourquoi la coopérative Coop santé en est une de solidarité plutôt qu'une de consommateurs, notamment en milieu scolaire. À cette interrogation, le directeur général Jacques Beaulac affirme que la formule « coopérative de solidarité » a été choisie en vue de permettre une plus grande adhésion des différents membres de la communauté. « De cette manière, nous pourrions nous allier des partenaires qui endossent les projets de la Coop santé, dont la programmation initiale sera franchement novatrice parmi les coopératives de santé du Québec », a précisé Gaston Stratford dans le journal *Liaison*. Donc, c'est finalement dans une vision de responsabilité partagée entre l'institution, les associations étudiantes ou autres, les syndicats et les individus que le choix s'est arrêté sur une coopérative de solidarité, puisque c'est dans l'intérêt de chacun de promouvoir la santé globale.

Objectifs

La Coop santé de l'Université de Sherbrooke a sept objectifs. Il y a d'abord un objectif de regroupement autour d'une même visée, puis un objectif en matière d'offre de service. Celle-ci doit être inspirée d'une approche intégrée en promotion et prévention. Ensuite, un objectif en matière de recherche et d'apprentissage est formulé : la Coop santé veut être un lieu complémentaire à la formation universitaire. Cette coopérative, toujours dans la poursuite de sa mission, s'est aussi donné pour but d'optimiser l'utilisation des technologies de l'information et des communications. Cette façon de faire lui permettra de rejoindre plus facilement la population des différents campus de l'Université tel que l'indique son cinquième objectif. Finalement, la Coop santé s'est donné deux objectifs liés à la collaboration : l'un consiste à « renforcer la synergie entre les institutions d'éducation et de santé à l'intérieur du pôle universitaire » et

l'autre à s'appuyer sur des collaborations avec des entreprises coopératives ou autres partenaires partageant le même désir de prévention et de promotion de la santé.

Structure de gouvernance

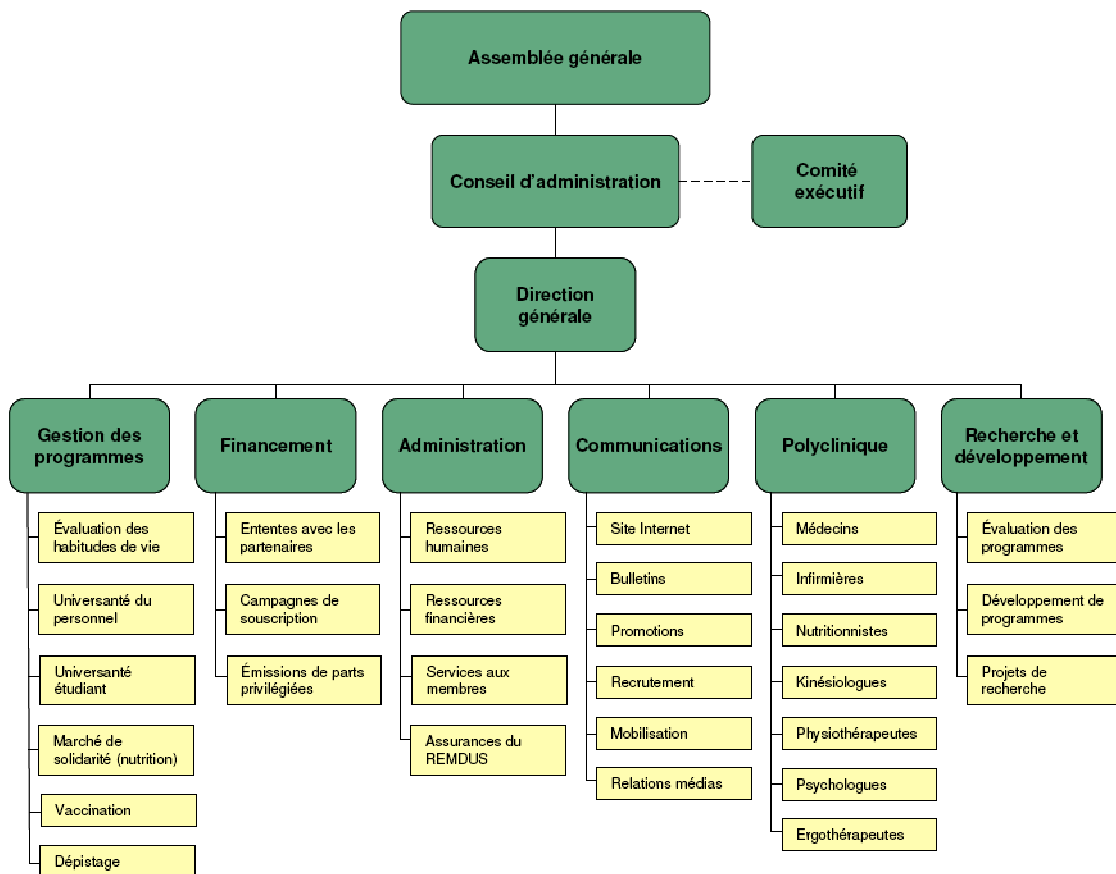
En date du 6 février 2009, la Coop santé comptait 601 membres : 40 membres de soutien (individuels et corporatifs) et 561 membres usagers. On y retrouve plusieurs types de membres et cela s'explique par le fait qu'il s'agit d'une coopérative de solidarité. Dans le cas de la Coop santé, il s'agit des membres utilisateurs, qu'ils soient étudiants, employés ou associés, et des membres de soutien. Il n'existe pas de membres travailleurs. Les étudiants de l'UTA, les diplômés et les retraités font partie de la catégorie « membres utilisateurs associés » et se situent alors au nombre de 29. Ce sont les membres utilisateurs qui bénéficient des services offerts. Les membres de soutien peuvent, quant à eux, faire bénéficier la coopérative de leurs conseils et de leurs différentes expertises.

La contribution demandée aux membres étudiants équivaut à une part sociale payée une fois pour la vie de 10 \$, alors que celle demandée aux membres employés, associés ou de soutien individuels est de 20 \$, soit deux parts sociales. Il existe aussi un système de parts pour les membres de soutien corporatifs. Il y a les membres *or* à 5000 \$ (500 parts à 10 \$), les membres *argent* à 1000 \$ (100 parts à 10 \$) et les membres *bronze* à 100 \$ (10 parts à 10 \$). Deux types de privilèges sont offerts aux membres : la réduction des prix, ainsi que l'inscription prioritaire. Par contre, cette dernière formule n'avait pas encore été utilisée au moment des entrevues.

Selon les statuts et règlements, le C.A. doit être formé de onze administrateurs, sept utilisateurs et quatre membres de soutien. Des onze postes, sept ont été comblés initialement par des signataires de la requête de constitution. La durée de leur mandat est de deux ans et le quorum pour la tenue d'une réunion du C.A. est de six administrateurs. Cinq postes ont été renouvelés la première année et six, la seconde. Ainsi, lors de l'assemblée générale annuelle qui a eu lieu le 29 septembre 2008, cinq postes étaient ouverts. Selon le directeur général, les administrateurs de la Coop santé sont fort innovateurs et cela se traduit, en pratique, par une orientation ambitieuse.

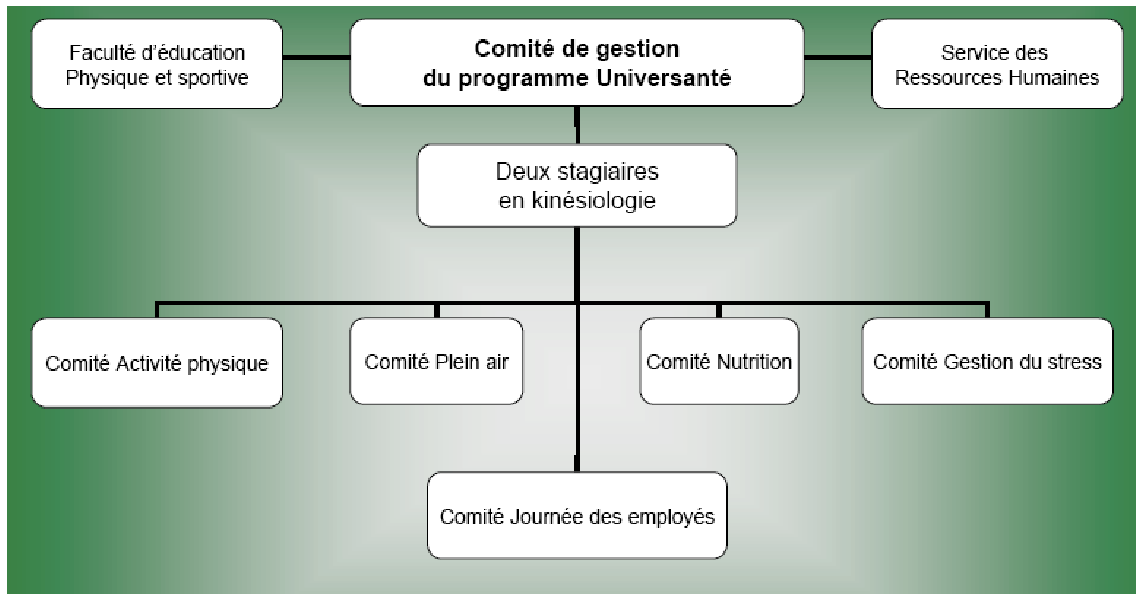
Dans le document « Projet en cours » du 14 mai 2008, la structure organisationnelle de la Coop santé, en plus de présenter l'A.G., le C.A. et le C.E., proposait six services découlant des fonctions du D.G. : recherche et développement, polyclinique, communications, administration, financement et gestion des programmes (voir organigramme ci-joint). Dans la division gestion de programmes, les comités existants au sein d'Universanté du personnel (voir schéma ci-joint) ont été intégrés et ont inspiré les nouveaux comités au sein du programme Universanté étudiant. À titre d'exemples, le comité de gestion du programme Universanté du personnel peut compter sur deux stagiaires en kinésiologie, lesquels aident à l'organisation et à la coordination des différentes activités entreprises à l'intérieur des comités thématiques. Les stagiaires agissent aussi à titre d'agents de liaison entre le comité de gestion et les sous-comités. Pour le programme Universanté du personnel, on dénombre huit sous-comités tels que Activité physique et sportive, Gestion de stress et Nutrition, alors que pour le programme étudiant, il y en a trois, soit Activité physique et plein air, Nutrition, Psychologie et gestion de stress. Quatre étudiants, dont deux administrateurs, siègent sur le comité de gestion d'Universanté étudiant. On retrouve au sein des comités thématiques les fonctions d'animation, de communications et publicité et d'agents de liaison. Afin de combler les postes, le 30 janvier 2009, la Coop santé lançait une invitation aux étudiants ayant participé à ses activités. Les rencontres des comités ont lieu une fois par mois, à raison d'une heure.

Organigramme de la Coop santé de l'Université de Sherbrooke⁴⁴



⁴⁴ COOP SANTÉ de l'Université de Sherbrooke (2008). *Projet en cours*, 14 mai, p. 6.

Comités existants au sein d'Universanté du personnel⁴⁵



En février 2009, la Coop santé comptait 5 employés : le D.G. et la psychologue, qui sont en prêt de service, ainsi que 3 stagiaires en kinésiologie qui sont remplacés à chaque session. On dénombre environ 150 bénévoles incluant les membres du C.A. La majorité d'entre eux (environ une centaine) sont des pairs aidants. Le poste de directeur général est occupé par Jacques Beulac, un des membres fondateurs. Son mandat est de cinq ans, avec une possibilité de renouvellement.

Programmes et services offerts

Par les programmes Universanté, la Coop santé offre une multitude d'activités relevant des différents comités thématiques. Ainsi, en matière d'activités physiques et sportives, on retrouve, à titre d'exemple, la possibilité de jouer au volley sur l'heure du midi, de suivre des cours de ski, de tennis ou de golf, ou encore de participer à une formation au sujet de la musculation maison. Dans le cadre de la thématique Nutrition, il est possible de suivre des cours de cuisine, de suivre des séances d'information alimentaire ou encore de faire une tournée des restaurants près de l'Université. Bref, une panoplie d'activités est offerte aux membres. Il suffit de consulter le calendrier des activités sur le site Internet et de s'inscrire dans les délais fixés. Le programme Universanté envoie aussi un courriel pour donner un aperçu des activités offertes pendant le mois qui suit ou encore pour faire le rappel au sujet d'une activité dont la date approche. Les coûts, que ce soit pour les membres ou les non-membres sont indiqués, de même que la date limite et le nombre limite d'inscriptions. Les gens doivent alors passer payer au local d'Universanté à la FEPS. Au sein de ces programmes, des activités de formation et d'information, de même que l'accès à un groupe d'entraide tel les Pairs aidants, sont offerts. Outre les programmes Universanté et leurs activités respectives, la Coop santé, dès sa première année, offre la possibilité de faire une évaluation des risques de santé en ligne, grâce à un questionnaire intégré au Portail santé. Ainsi, une fois l'analyse personnalisée terminée, des actions prioritaires sont établies. Il est alors possible d'obtenir un soutien virtuel ou réel en

⁴⁵ Coop santé de l'Université de Sherbrooke, page d'accueil, <http://www.usherbrooke.ca/coopsante>, - s.d.-, consultée le 12 février 2009.

vue de prendre les moyens pour enrayer un comportement nuisible à la santé. Le coût du service d'analyse personnalisée des risques de santé est de 15,00 \$ pour les membres et de 30,00 \$ pour les non-membres. La Coop santé offre aussi le service de gestion de programmes. Elle est susceptible de gérer éventuellement le régime d'assurance collective pour le REMDUS.

Au-delà des principaux services développés ou consolidés dans la première année, la Coop santé est en démarchage pour développer un marché de solidarité et elle souhaiterait acquérir la Clinique de médecine et sport de l'Estrie afin de la transformer en polyclinique, ou encore créer des cliniques de prévention et de promotion de bonnes habitudes de vie.

Financement

Le principal partenaire financier est l'Université de Sherbrooke. De par les montants investis et les ententes de service conclues, l'institution finance la quasi-totalité des frais. Elle détient aussi la responsabilité des postes budgétaires des programmes Universanté, seule la gestion des dépenses relève de la Coop santé. Ce qui signifie que pour le moment, comme le système financier de la Coop santé n'est pas encore complètement monté, seul le capital social souscrit apparaît à titre de financement dans l'exercice financier 2007-2008, car même le fonds « coopérative de santé » de La Fondation de l'Université n'appartient pas directement à la Coop santé. L'argent est transféré à l'IRECUS et c'est son directeur qui en dispose pour les projets de la Coop santé.

Au 1^{er} juin 2008, le comité paritaire de l'Université sur les projets liés à la santé et au bien-être a donné 200 000 \$ pour le programme Universanté du personnel, alors que l'Université a en versé 50 000 \$ pour le programme étudiant. Il est indiqué dans le rapport annuel 2007-2008, que l'Université appaierait les contributions des regroupements de personnel, jusqu'à la concurrence de 100 000 \$ par année à compter du 1^{er} juin 2009, et ce, pendant cinq ans. La Coopérative de l'Université de Sherbrooke s'est aussi démarquée à titre de partenaire incontournable du développement de la Coop santé, en effectuant un don de 100 000 \$ sur quatre ans et en espérant que l'Université appaierait cette somme. Ce financement servira à financer le programme étudiant d'Universanté.

BILAN, PERSPECTIVES ET ENJEUX

À des fins de bilan, le D.G. souligne les activités développées et soutenues dans la première année (les deux programmes Universanté et le service d'analyse personnalisée), les ententes de service conclues, de même la tournée des exécutifs des huit regroupements du personnel. Bien que le D.G. préfère miser sur la qualité de l'offre de service plutôt que sur le recrutement en soi, le membership de la Coop Santé a dépassé les attentes. On visait le cap des 500 membres pour mai 2009 et ce dernier a été atteint en décembre 2008.

Défis

Par contre, bien des défis sont à relever : avant d'étudier d'autres propositions de services, la coopérative doit solidifier ses activités de base ainsi que son fonctionnement. Tant Gaston Stratford que Jacques Beaulac s'accordent pour dire que les principaux défis à relever dans l'immédiat pour la Coop santé concernent la structuration des tâches liées à la gestion quotidienne, la définition des rôles et fonctions au

sein du C.A., ainsi que l'élaboration d'une stratégie de financement. D'abord, la direction générale n'a ni bureau ni locaux pour exercer ses fonctions. Ensuite, elle doit composer avec la réalité d'un personnel qui tourne à tous les quatre mois, sans compter qu'un important travail de structuration de la gestion administrative courante est à faire. Actuellement, des discussions avec l'Université sont en cours, que ce soit pour le financement d'Universanté étudiant, pour la formation de cliniques ou encore pour l'obtention de locaux. La place de la Coop santé à l'Université est à définir : les moyens et les ressources que lui accordera l'Université ne sont pas arrêtés. Cette situation d'expectative crée une difficulté de gestion supplémentaire pour la direction générale de la Coop santé, puisqu'elle ne connaît pas quels seront ses moyens. D'ailleurs, il semble que le résultat de ces discussions est déjà perçu tel un levier pour la Coop santé. D'abord, c'est à ce moment-là que seront déterminés les avancements de projets comme la polyclinique et le marché de solidarité. Ensuite, c'est seulement lorsqu'il y aura des ententes que plusieurs démarches auprès de partenaires et bailleurs de fonds seront enclenchées. On mise sur l'implication de l'Université pour susciter la collaboration d'autres partenaires.

Forces

Enfin, les promoteurs de la coopérative demeurent confiants. Leur coopérative évolue dans un milieu sensiblement à l'abri de la concurrence comme l'a démontré l'historique des coopératives scolaires, sans compter qu'elle reprendra les autres services de l'Université en lien avec la santé qui s'inscrivent dans sa mission pour les coordonner. L'un des éléments non négligeables qui jouent en faveur de la Coop santé sur lequel elle peut s'appuyer pour se développer est certainement la réussite et la structure du programme Universanté. Les ententes de service avec l'Université constituent aussi des facteurs de succès. De plus, les ressources et la volonté de son principal partenaire l'Université de Sherbrooke sont des forces sur lesquelles la Coop santé doit miser pour favoriser sa consolidation. Finalement, les promoteurs misent sur le fait que la Coop santé est issue d'un milieu favorable à la coopération pour susciter l'intérêt et l'appropriation du milieu.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

COOP SANTÉ DE L'UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE (2008). *Investir pour la santé et le mieux-être*, novembre, 7 p.

COOP SANTÉ DE L'UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE (2008). *1^{er} Rapport annuel de la Coop santé de l'Université de Sherbrooke (avec les états financiers en annexe)*, septembre, 16 p.

COOP SANTÉ DE L'UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE (2008). *Projet en cours*, 14 mai, 12 p.

COOP SANTÉ DE L'UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE (2008). *Sommaire*, 3 avril, 8 p.

COOP SANTÉ DE L'UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE, page d'accueil, <http://www.usherbrooke.ca/coopsante>, - s.d.-, consultée le 12 février 2009.

Entrevue avec le directeur général, réalisée le 6 février 2009.

Entrevue avec le président, réalisée le 11 février 2009.

LA TRIBUNE (2008). « Don de 100 000 \$ à la Coop santé de l'UdeS », *La Tribune*, 27 septembre, p. 44.

LA TRIBUNE (2008). « Jacques Beaulac à la tête de la Coop de santé de l'UdeS », *La Tribune*, 14 mai, p. 9.

LA TRIBUNE (2008). « La Coop santé de l'UdeS franchit les 500 membres », *La Tribune*, 24 décembre, p. 44.

LA TRIBUNE (2007). « Une coopérative de santé à l'Université de Sherbrooke », *La Tribune*, 4 décembre, p. 25.

LES AFFAIRES (2007). « Une première coopérative universitaire », *Les Affaires*, 13 octobre, p. 83.

STRATFORD, G. (2009). « La voie coopérative (en réflexion) », 26 janvier, 3 p.

ANNEXE 3

Présentation des clientèles des projets cliniques (caractéristiques, définition et besoins)

Présentation des clientèles (caractéristiques, définition et besoins) pour chacun des neuf programmes-services

Programmes - services	Description des clientèles		
	Caractéristiques	Définition	Besoins
PALV	Personnes de 65 et plus. Personnes de moins de 65 avec perte d'autonomie. (Personnes ayant une capacité temporaire et personnes ayant une incapacité significative et persistante ou une maladie dégénérative sont exclues)	Clientèle cible est constituée de personnes ayant des incapacités au plan moteur, cognitif, sensoriel ou psychologique. Clientèle présentant plusieurs pathologies concomitantes et problèmes d'ordres psychosociaux divers (deuil récent, isolement, problèmes économiques)	Besoin des personnes âgées de 65 ans et plus: aide dans les activités de vie quotidienne (se laver, se nourrir, s'habiller, etc.); aide dans les activités de vie domestiques (entretenir la maison, préparer les repas, faire les courses, etc.)
Santé mentale	Population souffrante de troubles mentaux modérés et généralement transitoires (troubles anxieux, troubles affectifs ou dépressifs); Population ayant un niveau d'incapacité et de détresse psychologique qui interfèrent dans les relations interpersonnelles, les compétences sociales et la capacité de travailler (schizophrénie et autres troubles psychotiques, troubles bipolaires et certains troubles sévères dépressifs, anxieux ou de la personnalité); Jeunes souffrant de troubles d'anxiété (anxiété généralisée, trouble panique, phobie, trouble obsessionnel compulsif), de troubles affectifs (dépression, maladie affective bipolaire, etc.), de début de troubles psychotiques et de TDA/H; Personnes à potentiel suicidaire et leurs proches;	Cinq groupes de clientèles: (1) la population en générale et les personnes dont la santé mentale est menacée (<i>Promotion et prévention en santé publique</i>); (2) la clientèle adulte qui présente des troubles mentaux graves et leurs proches; (3) la clientèle adulte qui présente des troubles mentaux graves et leurs proches; (4) les enfants et les jeunes ayant un trouble mental et leur famille; (5) les personnes à potentiel suicidaire et leurs proches	ACCESSIBILITÉ: des services connus, offerts le plus près possible des milieux de vie, dans des délais jugés acceptables; CONTINUITÉ: des services coordonnés entre eux et sans rupture; QUALITÉ: des services flexibles et adaptés aux besoins des clientèles, complets et globaux, fondés sur des pratiques reconnues efficaces et sur la qualité de la relation avec les intervenants
PGMC	Les maladies chroniques sont: maladies cardiovasculaires ; cancer; diabète; obésité; maladies respiratoires chroniques (maladie pulmonaire obstructive chronique et asthme); maladies de l'appareil musculosquelettique (arthrite, arthrose, ostéoporose); maladies neuro-dégénératives (Alzheimer, Parkinson); maladies buccodentaires. Facteurs de risque non modifiables: âge, sexe, hérédité. Facteurs de risque modifiables: pauvreté; tabagisme; sédentarité; consommation d'alcool; alimentation; stress émotionnel; Hypertension artérielle; excès de poids; diabète; hypercholestérolémie; cumul de facteurs de risque	Population en générale (promotion de la santé, la prévention et le dépistage); Personnes à risque de développer une maladie chronique en raison de l'âge, des facteurs biologiques et de l'adoption de mauvaises habitudes de vie; Personnes atteintes d'une maladie chronique	Service de soutien à domicile; Soins infirmiers courants; Services de pharmacie; aide à domicile; Ergothérapie à domicile; Physiothérapie à domicile; Inhalothérapeutes; Nutritionniste; Hygiéniste dentaire; Travailleuse communautaire

Programmes - services	Description des clientèles		
	Caractéristiques	Définition	Besoins
Jeunes en difficulté	Retards de développement dans la petite enfance: (difficulté d'adaptation sociale, difficultés psychosociales, maladie, causes génétiques); Maltraitance: (abus physiques, abus sexuels, mauvais traitements psychologiques, négligence, abandon); Troubles de comportement: (désobéissance répétée, provocation, vol, mensonge, agressivité verbale ou physique, etc.); Délinquance: (délinquance transitoire, délinquance persistante); Cooccurrence: (Jeunes à hauts risques de problèmes multiples (toxicomanie, troubles d'opposition, TDAH, délinquance)	Enfants et jeunes en difficulté de 0 à 17 ans de même qu'à leur famille; Couvre les jeunes depuis la petite enfance jusqu'à l'âge adulte, qui présentent des problèmes de développement ou de comportement, ou qui ont des difficultés d'adaptation sociale (délinquance, violence, suicide, etc.); Jeunes ayant besoin d'une aide appropriée pour assurer leur sécurité et leur développement (abus, négligence, etc.)	Volet prévention et promotion de la santé et du bien être: avoir soutien sociocommunautaire; avoir une stratégie d'intervention concertée (CSSS, écoles, organismes du milieu); Renforcer la détection, l'intervention précoce et la référence des enfants d'âges préscolaire ayant des difficultés d'adaptation sociale et des retards de développement; Volet accessibilité aux services: Meilleures intégration des services des intervenants du milieu scolaire et ceux du réseau; Assurer un service intégré et continue auprès des enfants de 6 à 11 ans en troubles de comportement; Raccrocher certains élèves à l'école; Intervention auprès des parents négligents ou à risque; Intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu auprès des enfants, des jeunes et leur famille; Soutien direct aux familles défavorisées offert par le CSSS;
Cancer – soins palliatifs	Femmes: Cancer du sein; Cancer colorectal; Cancer du poumon; Hommes: Cancer de la prostate; Cancer du poumon; Cancer colorectal; Facteurs de risques associés au cancer sont: l'âge, le tabagisme, la mauvaise alimentation, la sédentarité, l'excès de poids, l'alcool.	Volet cancer vise: population en générale et populations ayant divers facteurs de risques; personnes atteintes d'un cancer et leurs proches; Volet soins palliatifs vise: toutes personnes atteintes de cancer, de maladies chroniques ou de maladies liées au processus de vieillissement et qui se situent à l'étape préterminale et terminale de la maladie;	Services de diagnostics; Services de traitement et de suivi; Services de soutien et d'adaptation; Soins palliatifs; Hospitalisation; Hébergement de longue durée;
Dépendances	Consommation à risque: consommation qui peut faire apparaître des problèmes associés à cette consommation (maladies physiques, accidents, problèmes sociaux, psychologiques ou judiciaires); Consommation problématique: problèmes directement associés à sa consommation; Diagnostic d'abus ou de dépendance: présence d'un ensemble de symptômes cognitifs, comportementaux et physiques en lien avec une utilisation répétée de la substance	Toute personne présentant des comportements à risques au regard de la consommation, des problèmes de consommation ou des problèmes de dépendance (alcool, drogues, médicaments, jeu pathologique, comorbidité; Population ciblée: jeunes en difficultés, femmes enceintes, parents de jeunes enfants.	Interventions préventives (dépistage et interventions brèves) pour contre l'apparition de problèmes; Interventions de 1 ^e ligne spécifiques pour contrer l'aggravation; Interventions spécialisées de 2 ^e ligne (désintoxication, soins intensifs, hospitalisation, urgence, pédiatrie, psychiatrie)

Programmes - services	Description des clientèles		
	Caractéristiques	Définition	Besoins
DI-TED	<p>Déficience intellectuelle: Personnes ayant un fonctionnement intellectuel significativement inférieur à la moyenne et à des limitations reliées dans au moins deux des suivants d'habiletés adaptatives: la communication, les soins personnels, les habiletés domestiques, les habiletés sociales, l'utilisation des ressources communautaires, l'autonomie, la santé et le travail.</p> <p>Troubles envahissants du développement: défis sévères et une altération qualitative de plusieurs secteurs du développement de la personne (capacités d'interactions sociales réciproques, les capacités de communication, présence de comportements, d'intérêts et d'activités stéréotypés). Autisme; Syndrome d'Asperger; le TED non spécifié; Troubles désintégratifs de l'enfance; le Syndrome de Rett.</p>	Personnes ayant une déficience intellectuelle légère, modérée ou sévère qui peuvent également être affectées de déficience physique, de troubles envahissants du développement, des problèmes de santé mentale ou de toute autre problématique; Personnes présentant une lenteur intellectuelle; TED sont: l'autisme; le syndrome d'Asperger; le TED non spécifié; les troubles désintégratifs de l'enfance; le syndrome de Rett.	Services de 1 ^e ou de 2 ^e ligne; Services spécialisés de 2 ^e ligne;
Déficience physique	Déficiences auditives, visuelles et du langage; Déficiences motrices: Affections responsables des lésions cérébrales (paralysie cérébrale, traumatisme crano-cérébraux, AVC, encéphalites, sclérose en plaques, Parkinson, ataxie de Friedreich); Affections responsables de lésions médullaires ou neuromusculaires (myélopathies, myopathies, poliomyélite, spina-bifida, ...); Affection responsable de lésions ostéo-articulaires (arthrose, polyarthrite, scoliose, amputations, ...)	Personnes de tous les âges, dont la déficience d'un système organique entraîne des incapacités significatives et persistantes reliées à l'audition, à la vision, au langage ou aux activités motrices et pour qui la réalisation des activités courantes ou l'exercice des rôles sociaux sont ou risquent d'être réduits; l'origine de ces déficiences est: congénitale, ou acquise à la suite d'une maladie ou d'un traumatisme	Services spécialisés d'évaluation; Intégration professionnelle; Réadaptation auditive; Réadaptation visuelle; Réadaptation langage; Réadaptation intensive; Programme traumatologie; Déficience motrice.
Services généraux	<p>Causes de décès (en % décroissant): Tumeurs malignes; Maladies de l'appareil circulatoire; Maladies de l'appareil respiratoire; Maladies de l'appareil digestif; Traumatismes non intentionnels.</p> <p>Quelques facteurs de risque en 2003 (en % décroissant): Excès de poids (inactifs physiquement); Fumer; Faible indice de soutien social; Indice élevé de détresse psychologique; Faible taux de scolarisation</p>	Population en générale (promotion de la santé, la prévention et le dépistage); Personnes à risque de développer une maladie chronique en raison de l'âge, des facteurs biologiques et de l'adoption de mauvaises habitudes de vie; Personnes atteintes d'une maladie chronique	Service en nutrition; Radiologie; Identification des personnes victimes de violence conjugale; Soins infirmiers; Lutte contre la pauvreté; Vaccination des nourrissons et des jeunes enfants; Ergothérapie; Physiothérapie; Consultations auprès d'une infirmière en milieu scolaire; Activités cliniques et d'aide; Service Info-santé; Cours prénataux; Santé dentaire;

ANNEXE 4

Tableau synthèse du projet clinique du CSSS des Sources (outil de référence)

CSSS des SOURCES
Programme-services : PALV

Enjeux	Demande de Service	Offre de Service	Partenariats	Analyse des écarts	Potentialité pour les Coop
Regrouper tous les services (curatifs, préventifs, de réadaptation, d'hébergement) dispensés à domicile ou ailleurs	Services psychosociaux; soins infirmiers; services d'auxiliaires familiales à domicile; Services d'ergothérapie à domicile; Services de physiothérapie; Services d'inhalothérapie à domicile; Services de Ressource en entretien ménager; Services de la Maison d'action bénévole; Services de consultations spécialisées gériatriques ; Services psychiatriques ;	Services psychosociaux; Soins infirmiers à domicile; Services d'auxiliaires familiales à domicile; Services d'ergothérapie à domicile; Services de physiothérapie; Services d'inhalothérapie à domicile; Services du transport adapté; Services d'accompagnement et de soutien ; Activité d'information et d'animation ; Services de la Maison d'action bénévole ; REM ; Hospitalisation à l'unité de courte durée (maladies cardiovasculaires, maladies du système respiratoire) ; Chirurgie d'un jour ; Urgence du CHUS ;	Partenaires locaux : Services de la Ressources en entretien ménager (REM); la MABOB ; La Corvée de Ste-Camille ; CRE ; Résidences privées ; Partenaires régionaux : CHUS ; CSSS-IUGS ; Centre Jean-Patrice Chiasson/ Maison St-Georges ; Regroupement CNDE-Dixville ;	Information sur les ressources et l'offre de service PALV; Renforcement de l'aide et des services aux aidants naturels; Ententes de service à développer avec les établissements régionaux; Détection précoce de personnes en PALV; Renforcement d'une série de mesures préventives destinées aux PA; Renforcement des liens de partenariat entre les résidences privées et les autres partenaires du réseau de service;	Offre des potentialités élevées pour développer une coopérative de service à domicile, de répit-dépannage, d'accompagnement etc. dont le membership peut être constitué par les proches, la famille, etc. de la clientèle

CSSS des SOURCES

Programme-services : Santé mentale

Enjeux	Demande de Service	Offre de Service	Partenariats	Analyse des écarts	Potentialité Coop
<p>Permettre aux personnes utilisatrices et de leurs proches, de la population en générale et des intervenants du RLS de mieux connaître l'offre de service en santé mentale, les mécanismes d'accès aux services et le rôle des services de 1^{ère} et de 2^e ligne; Améliorer l'accessibilité de la clientèle à toute la gamme de services en santé mentale tant au plan local que régional; Consolider l'offre de service du RLS auprès des personnes à potentiel suicidaire; Soutenir l'intégration socioprofessionnelle des personnes qui présentent des problèmes de santé mentale; Améliorer l'accessibilité et la concertation au niveau des soins et services offerts aux jeunes présentant des troubles mentaux;</p>	<p>Programmes préventifs en santé mentale; Médecin de famille; Services psychosociaux; Services jeunesse en santé mentale; Hospitalisation psychiatrique (psychoses affectives, psychoses schizophréniques, troubles névrotiques, troubles de l'adaptation, troubles de la personnalité)</p>	<p>Programmes préventifs en santé mentale; Médecin de famille; Services psychosociaux; Services jeunesse en santé mentale; Répît-dépannage en santé mentale; Hospitalisation de courte durée; Consultation à l'unité d'urgence du CSSS; Hospitalisation psychiatriques;</p>	<p>Partenaires locaux : La Croisée des Sentiers ; Ressource communautaire en SM; Sûreté du Québec MRC des Sources; Commission Scolaire ; Centre Local d'Emploi ; Carrefour jeunesse-emploi du Comté de Richmond;</p> <p>Partenaires régionaux : CHUS ; CSSS-IUGS ; Centre Jean-Patrice Chiasson/Maison St-Georges ; CREI ; CNDE-Dixville ; Centre Jeunesse Estrie ; Villa Marie Claire ; JEVI ; APPAMME ; Pro-Def Estrie ; Trav-Action ; Secours-Amitié Estrie ; Panda Estrie;</p>	<p>Les personnes utilisatrices souhaitent : être davantage partie prenante des décisions qui les concernent et des étapes de planification et d'organisation des services; Avoir des soins et services proches du domicile, notamment en situation de crise; Avoir du personnel compétent et intéressé aux problématiques de santé mentale; Voir se consolider les services de soutien, d'entraide et d'intégration socioprofessionnelle offerts par les organismes communautaires.</p> <p>Les parents et les proches: notent qu'il y a des difficultés d'accès aux services, principalement pour certains patients plus désorganisés qui passent « entre les mailles du filet »; souhaitent une meilleure communication avec les soignants pour être informés de ce qui arrive et pour collaborer au plan de services.</p> <p>Les organismes communautaires : rappellent leur contribution au niveau de l'intégration personnelle, sociale et socioprofessionnelle des personnes atteintes; désirent contribuer davantage à la mise en place des RLS (réseaux locaux de services) et avoir un meilleur accès aux informations et formations.</p> <p>Les intervenants : confirment des difficultés d'accès en 1^{ère} et 2^{ème} ligne liées aux manques de ressources; soulignent la pertinence de renforcer les liens cliniques et administratifs entre les niveaux locaux et régionaux, en particulier entre les CSSS et le CHUS malgré l'amélioration perçue ces derniers temps; désirent recourir de façon plus soutenue à la formation continue et aux mécanismes de supervision et consultation; souhaitent une déconcentration géographique des services spécialisés.</p> <p>L'ensemble des personnes consultées : souligne la mise en valeur des PSI, le rôle clé d'agents de liaison entre les établissements et le rôle des tables de discussion sur des problématiques précises comme moyens d'améliorer la continuité et la concertation; trouve que la formation continue est un moyen de développer un langage commun, des cadres de références partagés et la mise en réseau des services; souligne la pertinence de « formations croisées » (santé mentale, déficience, dépendance, perte d'autonomie); affirme la pertinence de suivre certains indicateurs d'accessibilité, de qualité et de continuité.</p> <p>La question des interfaces avec les autres programmes : créer et consolider des interfaces avec tous les autres programmes-services.</p>	<p>Potentialités de création d'une coop spécialisée en Santé Mentale est faible. Cependant, les aidants naturels peuvent adhérer à une coop de répît-dépannage, d'aide à domicile, etc.</p>

CSSS des SOURCES
Programme-services : PGMC

Enjeux	Demande de Service	Offre de Service	Partenariats	Analyse des écarts	Potentialité pour les Coop
<p>Renforcer la prévention et la promotion; Responsabiliser (renforcer l'implication des collectivités locales et des organismes communautaires dans la prévention et la gestion des maladies chroniques; renforcer le pouvoir d'agir des personnes sur leur santé); Améliorer le système de services aux personnes (cabinets médicaux/GMF, CSSS, pharmacies communautaires, etc.); Détecter précocement les personnes à risque ou atteinte de maladies chroniques et donner rapidement suite; Offrir le type et l'intensité des services en fonction des besoins de chaque personne (1ere ligne, 2eme ligne).</p>	<p>Services de base 1ere ligne (Services régionaux CHUS); Services de consultation médicale ; Soins infirmiers ; Services de pharmacie ; Service de soutien à domicile ;</p>	<p>Services en santé publique en matière de promotion de la santé et de prévention des maladies chroniques; Services généraux et les services spécifiques du CSSS en lien avec les maladies chroniques; Programme de réadaptation cardiaque; Réseau maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC); Clinique diabète ; Plan québécois de lutte contre le tabagisme ; Programme québécois d'abandon du tabagisme ; Counselling de courte durée en habitudes de vie ; Counselling de longue durée sur l'alimentation ou l'activité physique.</p>	<p>Partenaires locaux et régionaux en maladies chroniques: Pharmacies communautaires; Corvée Ste-Camille; Ressource en entretien ménager; Maison de l'action bénévole de l'Or Blanc; Transbestos; Transport collectif de la MRC des Sources; Agence bons soins aux aînés; Diabète Estrie; Fondation des maladies du cœur du Québec; Association pulmonaire du Québec; Réseau québécois de l'asthme et de la MPOC; CHUS</p>	<p>Volet promotion de la santé et prévention des maladies chroniques: soutien du CSSS aux campagnes nationales et régionales en promotion et prévention; sensibilisation des milieux de travail aux saines habitudes de vie et aux services existants; organisation d'activités physiques au sein d'association et de groupes sociaux; consolidation de partenariats avec la municipalité sur les saines habitudes de vie; renforcement du dépistage des maladies chroniques et des pratiques cliniques préventives en GMF; référence vers la clinique d'abandon du tabagisme;</p>	<p>Potentiels de création d'une Coop sont très élevés. Le membership concerne autant les personnes en bonne santé qui souhaite avoir de l'information pour se prémunir et limiter les risques d'avoir une maladie chronique, que celles qui sont proches des personnes atteintes de maladies chroniques.</p>

CSSS des SOURCES

Programme-services : Jeunes en difficulté

Enjeux	Demande de Service	Offre de Service	Partenariats	Analyse des écarts	Potentialité Coop
<p>Volet prévention et promotion de la santé et du bien-être; Volet accessibilité aux services: poursuivre le déploiement des activités de promotion et de prévention favorisant le développement l'adaptation et l'intégration sociale des enfants, des jeunes et de leur famille; Bonifier l'offre de service auprès des enfants et des jeunes en troubles de comportement ou en difficultés d'adaptation sociale et leur famille; Développer et consolider la gamme de services spécifiques du CSSS des Sources auprès des jeunes en difficultés et leur famille; Volet continuité des services: Accentuer le partenariat sectoriel et intersectoriel entre les différents acteurs du RLS jeunes en difficulté; Établir des mécanismes de liaison formels entre le CSSS des Sources et le CJE; Volet qualité des services: Développer et mettre à jour les connaissances des partenaires du RLS par des activités d'encadrement, de formation et de perfectionnement</p>	<p>Suivis postnataux et immunisations des enfants ; Services généraux ; Services psychosociaux d'aide et de soutien ; Services psychosociaux aux jeunes avec troubles mentaux ; Services de réadaptation ; Services de soutien direct aux familles ;</p>	<p>Services de promotion-prévention en santé publique: services du CSSS en petite enfance (suivis postnataux et immunisations des enfants); le réseau « Amis des bébés » (allaitement maternelle); service intégré en périnatalité et petite enfance; Interventions globales et concertées à partir de l'école; programmes Fluppy et PACE; Services généraux du CSSS: services médicaux, services infirmiers courants et en milieu scolaire, services du guichet d'accueil psychosocial; Services spécifiques Jeunes en difficulté du CSSS: services psychosociaux d'aide et de soutien, services psychosociaux aux jeunes avec troubles mentaux, services de réadaptation, services d'intervention en situation de crise et les services de soutien direct aux familles;</p>	<p>Partenaires locaux privilégiés: les CPE; Maison des familles FamillAction; Maisons des jeunes du territoire; Comité de prévention et de concertation jeunesse des Sources; Carrefour jeunesse emploi du comté de Richmond; Maison de l'action bénévole de l'Or Blanc; Organisme Québec en forme; Cuisine Amitié; Sûreté du Québec;</p> <p>Partenaires régionaux: Service Naissance Renaissance Estrie; SOS Grossesse; Clinique de planning du CHUS; Bulle et Baluchon; Ligue pour l'enfance de l'Estrie; CALACS; CIVAS Estrie, etc.</p>	<p>Le volet prévention et promotion de la santé et du bien : offrir un soutien sociocommunitaire à un plus grand nombre de familles d'enfants de 0-5 ans issus de milieux socio-économiquement défavorisés; désir de se doter d'une stratégie d'intervention concertée (écoles, CSSS, organismes du milieu) pour prévenir les abus sexuels subis par les enfants et les jeunes et pour sensibiliser les jeunes et leurs parents à l'éducation sexuelle, aux phénomènes de cybersexe et d'hyper-sexualisation et aux divers modes de croyances et de comportements sexuels des jeunes; renforcer la détection, l'intervention précoce et la référence des enfants d'âge préscolaire qui présentent des difficultés d'adaptation sociale et des retards de développement; inciter les parents et les jeunes à recourir aux services d'aide suffisamment tôt et sans crainte d'être jugés. Le volet accessibilité aux services : déployer pour mieux intégrer les services des intervenants du milieu scolaire et ceux du réseau de services auprès des jeunes en troubles de comportement ou en difficultés d'adaptation sociale et leur famille; Combler l'offre de service intégrée et continue auprès des enfants de 6 à 11 ans en troubles de comportement ou en difficultés d'adaptation sociale et leur famille; diversifier les approches (aménagement d'environnements favorables, développement d'activités préventives et d'activités sportives, sociales, culturelles et familiales) pour rejoindre divers jeunes, dans les différents milieux de vie; raccrocher l'école Les élèves suspendus ou exclus de l'école; Créer un programme d'intervention en négligence auprès des parents négligents ou à risque de négligence et de leurs enfants de 0 à 12 ans; Développer un programme spécifique d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu auprès des enfants, des jeunes et leur famille, qui serait complémentaire aux services d'urgence-détresse ou d'urgence sociale; Renforcer le soutien direct aux familles défavorisées offert par le CSSS; Le volet continuité des services : renforcer les liens entre le CSSS et ses différents partenaires locaux. Le volet qualité des services : renforcer le support et le soutien professionnel des intervenantes psychosociales du programme « Jeunes en difficulté »; partager certains outils cliniques d'évaluation et d'intervention auprès des jeunes en difficulté et voir la possibilité, dans certains cas, de mettre en commun des outils pour faciliter la continuité et l'intégration des services; ouvrir les activités de formation ou de perfectionnement à l'ensemble des partenaires du réseau de services « Jeunes en difficulté ».</p>	<p>Potentiel de développement d'une coop est très faible parce que la cible est bien précise et très limitée dans le temps. Complexité dans la gestion due au fort taux de rotation du membership. Certains ne verront aucun intérêt d'adhérer à la Coop s'ils n'en retirent aucun service dès que leur enfant aura plus de 17 ans.</p>

CSSS des SOURCES

Programme-services : CANCER / SOINS PALLIATIFS

Enjeux	Demande de Service	Offre de Service	Partenariats	Analyse des écarts Chez les usagères et usagers	Potentialité Coop
<p>Amélioration de la qualité de vie de ceux et celles qui vivent avec le cancer et de leurs proches; Accès à tous les services, le plus près possible du milieu de vie; Accès à des services adaptés aux besoins personnels (évaluation et soins offerts en interdisciplinarité tout au long des épisodes de soins); Accès à des soins administrés dans des délais médicalement acceptables.</p>	<p>Infirmières en soins à domicile ; Travailleuse sociale du soutien en domicile ; Physiothérapie à domicile ; Aide en soins palliatifs en fin de vie ; Hospitalisation ; Hébergement longue durée ; Services spécialisés (radio-oncologie, chimiothérapie,)</p>	<p>Soins palliatifs à domicile (infirmières) ; Services sociaux ; Physiothérapie à domicile; Allocation financières en soins palliatifs de fin de vie; Hospitalisations à l'unité de courte durée; Hébergement de longue durée; Traitement de radio-oncologie; Traitement de chimiothérapie ;</p>	<p>Partenaires communautaires locaux en cancer et en soins palliatifs: La Ressource en entretien ménager (RÉM); La Corvée et La Maison Bénévole de l'OR Blanc (MABOB); Partenaires régionaux en cancer et en soins palliatifs: La Société canadienne du cancer, La Fondation québécoise du cancer, La Rose des Vents, La Maison Aube-Lumière et Leucan Estrie ; CHUS (traitement de radio-oncologie, de chimiothérapie);</p>	<p>de services: besoins d'information variée en regard du cancer, des traitements, des ressources offertes; besoins d'être mis rapidement en contact avec une personne ressource; Chez les proches aidants: besoins matériels et financiers; besoins de soutien psychologique et d'information; besoin de répit et d'aide aux activités domestiques; Chez les intervenants et bénévoles: besoins de soutien psychologique; besoins de formation et d'encadrement.</p>	<p>Potentiels de développement d'une coop restent relativement très élevés, car les proches et la famille ont besoin d'être entourés, conseillés, accompagnés. Ces personnes sont très enclines à s'engager dans des actions communautaires et sociales pour partager leur vécu, etc. sous forme de groupe d'entraide</p>

CSSS des SOURCES
Programme-services : DÉPENDANCES

Enjeux	Demande de Service	Offre de Service	Partenariats Partenaires locaux et régionaux en services de 1 ^{ère} ligne:	Analyse des écarts	Potentialité Coop
Améliorer la gamme de services en dépendances (promotion-prévention, détection, dépistage, services spécifiques de 1 ^{ère} ligne, désintoxication, réadaptation, réinsertion sociale)	Services de désintoxication ; Services d'hospitalisation (médecin e générale, pédiatrie, psychiatrie); Consultations externes ; Services généraux et services de santé physique; Services de toxicomanie ;	Services préventifs: programmes intégré 0-5 ans en contexte de vulnérabilité; programme «Pratic 0-5»; counselling sur les habitudes de vie offert par les médecins et les infirmières; programme de prévention des chutes auprès des aînés; Services généraux et services de santé physique: consultations médicales; services infirmiers courants; services de l'unité d'urgence; services de l'unité de courte durée; services du guichet d'accueil psychosocial; services psychosociaux spécifiques ;	Unités Domrémy d'Asbestos et de Danville; la Croisée des Sentiers; le Service budgétaire populaire; le Comité de prévention et de concertation jeunesse de la MRC des Sources; les maisons des jeunes; les commissions scolaires; le Carrefour jeunesse emploi; le Centre local d'emploi; la Sûreté du Québec; l'Office municipal d'habitation; les services correctionnels du Québec; Elixir; les organismes privés de toxicomanie. Partenaires en services spécialisés de 2 ^{ème} ligne: Centre Jean-Patrice Chiasson/Maison ST-Georges (CJPC/MSG);CHUS;	Maintien des activités préventives auprès des jeunes en milieu scolaire et dans la communauté; Information et sensibilisation de la population aux problématiques de dépendances, à leur détection et aux ressources existantes; Hausse des problèmes de consommation d'alcool, de hasard; Besoin d'harmoniser l'information à transmettre aux femmes enceintes sur le syndrome de l'alcoolisme foëtale; Besoin d'outiller les partenaires des services de 1 ^{ère} ligne pour mieux détecter et soutenir les personnes qui présentent des problèmes de consommation; Renforcement du partenariat.	Faibles potentiels de développement d'une coop à cause des difficultés de mobilisation des personnes. Les facteurs de risques modifiables sont prédominants.

CSSS des SOURCES
Programme-services : DI-TED

Enjeux	Demande de Service	Offre de Service	Partenariats	Analyse des écarts	Potentialité Coop
<p>Améliorer l'accès aux services de 1ere ligne; Améliorer l'accès aux services spécialisés de 2eme ligne; Atténuer les impacts des délais d'attente pour un service spécialisé de réadaptation; Implanter des modalités de mise en place de la hiérarchisation des services; Préciser et consolider la fonction d'intervenant pivot en CSSS; Développer et mettre à jour les connaissances des intervenants; Offrir des services selon des standards de qualité connus.</p>	<p>Services préventifs ; Services généraux (consultations médicales, soins infirmiers courants, services psychosociaux, nutrition, etc.) ; soins d'hygiène ; préparation de repas, entretien ménager ;</p>	<p>Services préventifs: Activités de counselling de courte ou de longue durée en lien avec la consommation d'alcool et de drogue, les habitudes de vie et la prise de supplément d'acide folique; Programme préventif auprès de la clientèle de 0-5 ans; Services généraux: consultations médicales; soins infirmiers courants; services psychosociaux, services en nutrition, etc. Services spécifiques: interventions travailleuse sociale; interventions auxiliaires familiales et sociales du soutien à domicile; programme de soutien à la personne et à la famille; Services offerts par le CNDE-Dixville: service d'accès-évaluation-orientation; services d'adaptation/réadaptation socio résidentielle; services d'adaptation/réadaptation communautaire; Services d'évaluation et de traitement offerts par le CHUS</p>	<p>Partenaires locaux: Commissions scolaires; Organisme Fraternité-Intégration-Entraide; CPE; CLE; REM; MABOB; le Transport adapté Transbestos; Cuisine Amitié.</p> <p>Partenaires régionaux: CNDE-Dixville; CHUS; Association du syndrome de Down; SPEC Tintamarre; Maison Caméléon de l'Estrie; Société de l'autisme; École du Touret; Action handicap Estrie; Trav-Action; OPHQ;</p>	<p>Assurer l'accès à une gamme complète de service de 1^{ère} ligne; Développer au niveau du RLS, des services et des activités d'intégration et de participation sociale des personnes ayant une DI ou un TED; Développer des ressources résidentielles variées en partenariats pour faciliter aux parents de faire la transition de la personne ayant une DI ou un TED du milieu familial vers un milieu de vie autonome ou substitut; Consolider l'accès aux mesures de répit-dépannage à la famille et développer une ressource privée de répit sur le territoire de la MRC; Développer et mettre à jour les connaissances des partenaires en DI-TED par des activités de formation et de perfectionnement.</p>	<p>Potentiels de développement d'une coop sont élevés parce que les proches aidants et les familles seront heureux de trouver de l'aide et un répit. La charge de travail est très importante pour une famille qui s'occupe d'une personne ayant une DI ou un TED</p>

CSSS des SOURCES

Programme-services : DÉFICIENCE PHYSIQUE

Enjeux	Demande de Service	Offre de Service	Partenariats	Analyse des écarts	Potentialité Coop
<p>Développer des activités et des services de soutien à l'intégration et la participation sociale des personnes ayant une déficience physique (DP); Augmenter l'accès en 1^{ère} ligne aux services de physiothérapie et d'ergothérapie aux personnes ayant une DP; Assurer le dépistage et la référence des clientèles ayant une déficience auditive ou une déficience visuelle; Consolider auprès des personnes ayant une DP et de leurs proches l'accès aux mesures de soutien à la personne et à la famille; Améliorer la sécurité des personnes ayant une DP; Développer la concertation entre la 1^{ère} et la 2^{ème} ligne en réduisant les zones de chevauchement de services et en soutenant la mise en place d'outils cliniques de coordination</p>	<p>Counselling de courte durée ou de longue durée sur les habitudes de vie et l'activité physique ; Consultations médicales ; Soins infirmiers ; Services psychosociaux et de nutrition ; Services d'ergothérapie, de physiothérapie, et d'inhalothérapie ; Aide à domicile ; Aides techniques ; Transport-hébergement ;</p>	<p>Services préventifs: Programme de prévention des chutes auprès des personnes âgées; Immunisation post-natale et scolaire; Programme préventifs 0-5 ans; Consultations cliniques; Services généraux: Consultations médicales; Soins infirmiers courants; Services psychosociaux et de nutrition; Services spécifiques: Physiothérapie; Ergothérapie; Travailleuse sociale; Infirmières en soins à domicile; Inhalothérapie à domicile; Aide à domicile; Programme de soutien financier à la personne et à la famille: Allocations financières directes; Répit familial; Fournitures en oxygénothérapie; Programmes de soutien financier (aides techniques, transport-hébergement, fournitures et matériel) ; Services spécialisés d'évaluation ; Intégration professionnelle ; Réadaptation auditive ; Réadaptable visuelle ; Réadaptation langage ; Programme traumatologie ; Réadaptation intensive ; Déficience motrice</p>	<p>Partenaires locaux: Commissions scolaires; Transbestos; Organisme Fraternité-Intégration-Entraide; CPE; CLE; REM; MABOB.</p> <p>Partenaires régionaux: Centre de réadaptation Estrie (CRE); CSSS-IUGS; CHUS; Maison Caméléon de l'Estrie; Trav-Action; OPHQ; ACTE; Association de la sclérose en plaques; Société Parkinson; autres associations.</p>	<p>Développer des activités et des services de soutien à l'intégration et la participation sociale des personnes ayant une déficience physique; Augmenter l'accès en 1^{ère} ligne aux services de physiothérapie et d'ergothérapie aux personnes ayant une déficience physique; Consolider l'accès au service de réparation des fauteuils électriques et manuels du CSSS des Sources; Assurer par le personnel du CSSS des Sources le dépistage et la référence des clientèles ayant une déficience auditive ou une déficience visuelle; Consolider auprès des personnes ayant une déficience physique et de leurs proches l'accès aux mesures de soutien à la personne et à la famille. Développer une ressource locale d'hébergement et de répit (RTF ou RI) en déficience physique; Améliorer la sécurité des personnes ayant une déficience physique et qui présentent un risque de chute; S'associer à l'organisme Transbestos pour faire une analyse des besoins en transport des personnes ayant une DP, élaborer des recommandations et faire les représentations nécessaires à l'amélioration du transport adapté; Développer les liens de concertation entre la 1^{re} et la 2^e ligne en réduisant les zones de chevauchement de services et en soutenant la mise en place d'outils cliniques de coordination.</p>	<p>Potentiels élevés pour les mêmes raisons que les DI -TED</p>

CSSS des SOURCES

Programme-services : SERVICES GÉNÉRAUX

Enjeux	Demande de Service	Offre de Service	Partenariats	Analyse des écarts	Potentialité Coop
<p>En regard de l'accessibilité: mise en place d'un panier minimal commun des activités cliniques et d'aide sur tout le territoire de l'Estrie; Accès à un médecin de famille et à un suivi médical;</p> <p>En regard de la continuité: continuité entre les diverses activités cliniques et d'aide, incluant les activités médicales</p> <p>-13 enjeux locaux prioritaires ont été identifiés (voir Page 12 du Projet clinique)</p>	<p>Services externes de consultations en nutrition ; Consultations médicales (médecins de familles) ; services psychosociaux (besoins semi-urgents) ; Services de garde en soins infirmiers 24/7 à domicile ; services de laboratoire ; Vaccination nourrissons et jeunes enfants ; Service info-santé / Urgence-détresse ; Services curatifs et préventifs ; Cours prénataux ; Soins dentaires ; Activités de dépistage ; Services d'ergothérapie ; Services de physiothérapie ; Prévention de la violence conjugale</p>	<p>Services généraux en nutrition; Services diagnostiques ; Protocole d'identification précoce et intervention en violence conjugale ; Service de garde médicale ; Service de garde en soins à domicile ; Lutte contre la pauvreté ; Services de vaccination des nourrissons et jeunes enfants ; Services de consultations externes en ergothérapie et en physiothérapie ; Services aux jeunes en milieu scolaire ; Services Info-santé / Urgence –détresse ; Services de consultations médicales, des soins infirmiers et psychosociaux ; Cours prénataux ; Soins dentaires ; Activités de dépistage</p>	<p>Partenaires locaux : FAMILAction ; La Croisée des Sentiers ; Maison d'hébergement pour femmes victimes de violence (Maison La Méridienne); CPE ; Commission scolaire ; Maisons des jeunes ; Sûreté du Québec local ; MABOB ; CLE ; CJE</p> <p>Partenaires régionaux : CSSS d'Arthabaska-Érable ; Centre de réadaptation Estrie ; CRE ; CSSS-IUGS ; CHUS ;</p>		<p>Potentiels de développement d'une coop sont élevés surtout pour les services de 1^{ère} ligne et les Cliniques médicales. Pour offrir une meilleure utilisation des ressources du milieu et des services professionnelles à domicile. L'avantage ici, est renforcé par le besoin de certains services professionnels à domicile qui ne sont pas toujours couverts par la RAMQ.</p>

ANNEXE 5

**Tableaux synthèses des entrevues /
projet clinique des sept CSSS de l'Estrie**

CSSS de la MRC de Coaticook (validé)

Priorités	Partenariat Local	Ouverture à la formule Coop	Potentiel Coop	Vision/attente Face aux Coop	Valeur ajoutée Coop dans le RLS	Remarques
Recrutement de médecins; Rétention du personnel;	Pas difficile de mobiliser les gens; Collaboration et partenariat sont faciles à installer; Structures de consultation/concertation sont très solides; bonne mobilisation; belle culture de consultation / concertation;	4 Coop d'habitation dans le territoire de la MRC;	Développement de saines habitudes de vie; (En prévention, des programmes institutionnels existent déjà);	Consolidation des services (assurer la rétention du personnel)	Implication des membres usagers dans la concertation; Être responsable de sa santé;	Le CLSC est plus habitué à travailler avec des partenaires, c'est une culture CLSC, contrairement du côté médical, où on n'est pas culturellement enraciné dans le partenariat. Il faut insister davantage pour que la collaboration se poursuive; La présence des usagers dans les tables de concertation «nous met devant les évidences ou nous exprime clairement les écarts de services».

CSSS Des Sources (validé)

Priorités	Partenariat Local	Ouverture à la formule Coop	Potentiel Coop	Vision/attente Face aux Coop	Valeur ajoutée Coop dans le RLS	Remarques
<p>Recrutement médical (médecine familiale). Santé mentale (soutien d'intensité variable et appartements supervisés). Répit accompagnement (personnes hand.). Services de première ligne en Dépendances. Intégration sociale des gens vivant avec un handicap.</p>	<p>Communauté se mobilise pour garder leurs services. Besoins de mettre à jour le partenariat. Le partenariat avec tous les acteurs est un long processus, mais essentiel. Il existe une tradition de solidarité et de coopération dans le milieu.</p>	<p>Message de fond : laisser les OBNL faire leur travail (l'objectif n'est pas de les remplacer). Coop c'est un moyen et non une finalité. Un OBNL qui fonctionne bien, qui est bien structuré c'est ok pour nous. Les aidants naturels sont des bénévoles, pour eux la différence entre la Coop et l'OBNL n'est pas évidente.</p>	<p>Trouver une voie de consolidation pour la Corvée de St-Camille. Développer une Coop de travail pour les gens qui ont besoin des déficiences intellectuelles. Voir le cas du Centre de conditionnement physique d'Asbestos (cet organisme aurait peut-être avantage à fonctionner en coop). Combinaison de plusieurs offres de services au sein d'une coop de services (répit pour DP, DI, SM)</p>	<p>La formule Coop n'est pas une religion non plus. Il y a de l'espace au niveau de la prise en charge des saines habitudes de vie. Cibler les bons secteurs (attention aux clientèles fragiles, celles qui sont vulnérables, la formule coop n'est pas nécessairement appropriée). Évoluer à petite dose.</p>	<p>Voir le modèle de l'Université pour concevoir une coop santé qui intégrerait le programme d'aide aux employés, les activités physiques, les loisirs. Les Travailleurs se prennent en main pour améliorer leur qualité de vie et améliorer la qualité de vie dans l'organisation. Mobilisation de la communauté pour faire baisser les frais fixes et supporter les coûts d'entretien des bâtisses pour le maintien d'une clinique médicale.</p>	<p>Résultats : donner des services aux personnes qui en ont besoin. Moratoire pour créer de nouveaux OBNL dans un domaine où il en existe déjà. Le plus important c'est avoir les bons services. Forte fragilisation du suivi médical et manque de médecins de famille. Répit accompagnement il existe une masse critique pour des services d'hébergement temporaire. La clientèle est diversifiée, pour les handicapés le taux de roulement est très faible. Cependant la clientèle n'est pas autonome. Appréciations qualitatives ne sont pas souvent bien évaluées par le ministère.</p>

CSSS du Granit (validé)

Priorités	Partenariat Local	Ouverture à la formule Coop	Potentiel Coop	Vision/attente Face aux Coop	Valeur ajoutée Coop dans le RLS	Remarques
Transport collectif; Décrochage scolaire; Intégration de la clientèle ayant plus de difficultés dans le marché du travail; Hébergement; Santé mentale; Prévention au niveau des jeunes;	Culture de concertation très présente; Tables de concertation; variété de structures de concertation; Mise en commun des offres de services; Partage de l'information; Avoir des lieux de rencontre; Voir la préoccupation de chacun;	Intéresser les partenaires pour trouver une solution commune; On ne voit pas la pertinence de la formule Coop parce que le communautaire est très bien présent à Lac-Mégantic; Bon réseau de base d'OBNL qui sont présents dans tous les secteurs; Forte présence Coop dans le milieu, mais pas en santé; Belle formule qui doit être ajustée afin d'éviter qu'elle ne soit récupérée par le monde médical;	Il y a une compagnie qui a demandé de lui mettre en place des programmes de saines habitudes de vie pour ces employés; Le modèle Coop est plus intéressant dans un milieu que dans un autre; Dans une Coop, le membre peut parler alors qu'actuellement dans un GMF il ne peut rien dire;	Coop de santé est une alternative à envisager, à explorer, c'est un questionnement pertinent; Petite municipalité, la formule Coop serait une belle initiative pour garder les services de proximité et pour attirer un médecin; Sans vouloir généraliser à tout, la formule peut être intéressante dans certains milieux parce que le contexte et la culture s'y prête; Faire muter la formule GMF vers la formule Coop;	Participation citoyenne; Ce sont les membres qui créeraient les facteurs de succès; Répondre aux besoins collectifs d'une communauté; Bonne connaissance du milieu en lien avec le milieu pour faire cheminer des idées et amener les gens à une meilleure prise en main de leurs besoins en santé; Valeur ajoutée doit être toujours appréciée en fonction de l'environnement dans lequel la formule doit être appliquée; Une petite communauté peut se donner les services qu'elle veut sans être à la merci du privé; Maintenir des relations équilibrées avec les professionnels;	Dans le milieu rural, c'est très complexe pour les petits centres de maintenir leurs services de proximité, les maintenir en vie constitue un défi; Multiplication de la population orpheline massive en milieu rurale; Défi des petites communes pour garantir des services médicaux de proximité, est très ardu, car il faut qu'elles s'allient à d'autres pour avoir la masse critique pour réunir les conditions de création d'une Coop; Il faut penser à une réponse plus intégrée pour satisfaire les besoins d'une communauté (avoir des médecins et profiter de cette organisation pour y greffer d'autres offres de services); Il ne faut pas que le milieu perde la face au profit des professionnels qui sont très exigeants, il faut qu'il reste très vigilant pour ne pas s'aliéner;

CSSS du Haut-Saint-François (validé)

Priorités	Partenariat Local	Ouverture à la formule Coop	Potentiel Coop	Vision/attente Face aux Coop	Valeur ajoutée Coop dans le RLS	Remarques
Recrutement de médecins; Pharmacies communautaires; Services aux jeunes; Santé mentale; Transport collectif	Bonne collaboration; Définir les responsabilités de chaque acteur; Bonne communication; utilisation efficace des ressources; Bonne collaboration des médecins; Parler un langage commun; Acteurs locaux sont bien impliqués; La population se mobilise quand il y a un événement particulier; solidarité locale (tout le monde se connaît);	Le CSSS doit être plus créatif, plus visionnaire; les ressources du milieu doivent être utilisées de façon très parcimonieuse, ce que permet les Coop; Peu d'OBNL dans le territoire, de ce fait ils arrivent à survivre; Dans l'ensemble si on arrive à subventionner les OBNL c'est un plus pour RLS; Je suis très à l'aise avec la formule Coop; Il faut croire aux Coop; Associer les gens c'est un défi aussi; Coop santé régionale n'est pas évidente; Oui il y a de l'ouverture, oui il y a des possibilités; On n'y croit; La population a besoin de véhicule; Éviter le dédoublement;	Prise en charge locale de certains besoins parce que, les populations sont très éparpillées dans le territoire, ce qui les amènent à se promener énormément; Utilisation des ressources dans le bon sens; Coop actions collectives; Permet de belles réalisations simples; Partage des ressources; développe la solidarité locale;	Il faut arrêter de se considérer comme le seul intervenant, il y en a d'autres, il faut utiliser les ressources locales; Apprendre à déléguer; Garder le monde dans leur milieu; Travailler dans l'optique d'améliorer la qualité de vie d client; Apporter des réponses très vite; Ce n'est pas l'affaire d'un gestionnaire, c'est l'affaire d'une collectivité; Faire connaître le modèle Coop-santé aux gestionnaires	Autonomie contrairement aux OBNL qui dépendent beaucoup des subventions, de ce fait s'ils n'ont pas les sommes attendues, ils peuvent plus opérer; permet aux membres usagers d'évaluer les services;	Le DG a permis de réunir tous les acteurs autour d'une même table; Culture en milieu rural est très spécifique, Haut St-François réunit 3 sous-cultures différentes; Le DG prend les bonnes orientations pour faire avancer les dossiers dans le même sens; Implication des élus locaux et la municipalité pour soutenir les organismes communautaires et les projets locaux; Rien de mieux que d'entendre les membres évaluer les services; Pas de rencontres formels entre gestionnaires pour partager les bons coups; Impliquer d'autres partenaires qui ont un pouvoir d'influencer la collectivité comme les élus; Coop de santé régionale, faut pas oublier que les réalités sont différentes d'une MRC à une autre, certaines sont plus petites, d'autres ont moins d'organismes communautaires;

CSSS de Memphrémagog (validé)

Priorités	Partenariat Local	Ouverture à la formule Coop	Potentiel Coop	Vision/attente Face aux Coop	Valeur ajoutée Coop dans le RLS	Remarques
Clientèles vulnérables dont la santé mentale; Recrutement de médecins	Très fort; Plusieurs tables de concertation; Liens bien tissés dans la MRC; Culture de partenariat est bien implantée; Milieu très resauté, particulièrement celui des personnes âgées; Beau partenariat dans plusieurs secteurs;	Important de soutenir la communauté si le besoin est présent; Il faut poursuivre la consolidation de nos liens de partenariat avec les organismes communautaires régionaux qui peuvent, en fonction de leurs ressources et leurs mandats, offrir des services sur notre territoire et non développer localement de tels services; Dans un contexte de contraintes budgétaires et de difficulté de recrutement professionnel, il vaut mieux consolider les ressources actuelles au lieu de développer de nouveaux services qui exerceront une pression additionnelle sur le réseau de la santé.	Ne nécessite pas de ressources additionnelles; Les Coop peuvent participer et contribuer à leur façon et en fonction de leurs ressources au développement du RLS; C'est un plus pour le RLS si elle développe des créneaux complémentaires; L'urgence ne se fait pas sentir; Peut-être une Coop en éducation, prévention, promotion est un créneau à développer en amont;	Première priorité du CSSS c'est de se trouver des médecins avant de penser à développer des Coop santé; Le dédoublement des structures engendre un éparpillement des ressources; Il faut consolider ce qui existe déjà; Le consensus est qu'il faut faire mieux avec ce qui existe; Coop peut être un partenaire; Coop ne doit pas travailler en silo dans une communauté; Coop doit s'associer au réseau pour développer des créneaux complémentaires dans une approche réseau; L'analyse de besoin d'une COOP en santé doit se faire en réseau.;	Rapprocher le service le plus possible de l'utilisateur; Respect, complémentarité et complicité des acteurs au profit des membres et de la collectivité;	Il y a des résidences privées qui se cherchent des médecins même pour quelques heures par semaines depuis plusieurs années sans succès; Ça ne coûte pas plus cher d'aller chercher du monde, ce n'est pas difficile non plus, ça demande seulement beaucoup d'énergie; La population est capable de se mobiliser pour rapprocher et maintenir les services dans leur communauté; Eastman peut développer mais pourra-t-il consolider; La Coop doit s'associer au réseau si elle veut rester viable; Doit-on déshabiller Pierre pour habiller Paul? Une telle question doit se répondre en réseau.

CSSS-IUGS de Sherbrooke, répondant 1 (validé)

Priorités	Partenariat Local	Ouverture à la formule Coop	Potentiel Coop	Vision/attente Face aux Coop	Valeur ajoutée Coop dans le RLS	Remarques
Accès aux médecins de famille; Service de soutien aux personnes âgées dans leur milieu de vie; Services aux jeunes; Services préventifs; Santé mentale; Hébergement; Réduction des délais d'attente pour les personnes avec une déficience;	Très fort; Dynamique constructive; Plusieurs tables de concertations; Comités statutaires; partenariat est solide;	Les OBNL vont chercher beaucoup de participation citoyenne; Coop de santé on parle de quoi au juste? Soucis de ne pas faire de duplication dans le milieu; Il ne faut pas mettre en péril les avancées enregistrées en voulant créer autre chose; Rester très précautionneux; Pas d'attente précise à Sherbrooke, Il n'y a pas un domaine où l'intérêt de créer une Coop est primordial;	La formule est possible si elle s'investit dans un champ particulier avec l'appui des programmes existants; Aide les gens moins fortunés (il faut que le montage soit fait dans ce sens); Coop de logements marche très bien, mais il faut du support des organismes du milieu;	Ce n'est pas la seule façon; Si on veut que les gens vulnérables qui en bénéficient, il faut s'appuyer sur quelle chose de fort comme des programmes gouvernementaux; Investir dans les champs pertinents; Si les Coop visent la clientèle vulnérable, il faut tout un réseau pour faciliter la mobilisation, l'émergence et l'accompagnement sur le long terme; Il n'y a pas seulement la formule Coop qui apporte plus de participation citoyenne;	Participation citoyenne; affaire à long terme; Permet de prendre en charge les gens vulnérables;	Équité doit guider l'accès aux services; Formule ajustable à la clientèle très vulnérable; Offrir des locaux et autres moyens logistiques, ce n'est pas de ça que les médecins ont besoin; Tous les champs sont couverts par un organisme à Sherbrooke;

CSSS-IUGS de Sherbrooke, répondant 2 (validé)

Priorités	Partenariat Local	Ouverture à la formule Coop	Potentiel Coop	Vision/attente Face aux Coop	Valeur ajoutée Coop dans le RLS	Remarques
Accès aux médecins de famille; Service de soutien aux personnes âgées dans leur milieu de vie; Services aux jeunes; Services préventifs; Santé mentale; Hébergement; Réduction des délais d'attente pour les personnes avec une déficience;	Très fort; Dynamique constructive; Plusieurs tables de concertations; Comités statutaires; partenariat est solide;	Formule à appuyer s'il n'y a pas de dédoublement; Équipe d'OC est moins favorable à la formule Coop-santé;	Volet a été suggéré pour la santé mentale et l'itinérance; Coop-santé pour les services professionnels (Ergo, Physio, Masso, etc.) avec des prix compétitifs par rapport au privé; Formule pertinente pour la population orpheline surtout dans les MRC périphériques;	Moins de besoins de Coop santé à Sherbrooke; Respect de la gratuité; Partir des acquis pour répondre aux besoins du milieu;	Formule intéressante dans la dispensation des services; Pour les populations nouvellement arrivées (répondre aux besoins de santé, intégration en santé, etc.); Introduire de nouveaux services dans les Coop existantes; Voir l'approche <i>HAN</i> au Japon;	Estrie est reconnue comme un milieu très actif et créatif en développement des ressources par le Ministère; Implication financière des membres constitue un bémol au développement de la formule Coop-santé, cependant elle peut être intéressante si elle est financée par la municipalité, le milieu des affaires et Québec; La Coop de l'Université a un rôle à jouer, en montant un projet avec une équipe «Médecins sans frontières Estrie»

CSSS du Val-Saint-François (validé)

Priorités	Partenariat Local	Ouverture à la formule Coop	Potentiel Coop	Vision/attente Face aux Coop	Valeur ajoutée Coop dans le RLS	Remarques
Hébergement; Personnes âgées; Santé mentale; Service aux familles (Maison de la famille); Recrutement de médecins	Très important; Le partenariat fait partie de nos valeurs, c'est un point d'honneur d'être un partenaire; Expertise rurale; Permet de connecter le besoin à l'offre de service; Assure des services de proximité; Sentiment d'appartenance au milieu;	Expérience mitigée avec une Coop de Sherbrooke; Nous ne sommes pas contre les principes Coop; Questionnements : - pourquoi partir une Coop alors qu'un OBNL offre bien le service, répond à nos valeurs, accepte le contrat? – quelle est la pression qui fait que dans un secteur donné on développe un organisme? Idée de ne pas être un client marginal, d'être respecté comme tout autre client, d'avoir droit pleinement au service; Présentement les OBNL font mon affaire; Faut pas vendre l'idée comme une panacée, ou comme facile à réaliser; Quel est l'intérêt qu'un OBNL deviennent une Coop;	Dans le domaine de l'Hébergement plus service alimentaire; Aller chercher un médecin et offrir les locaux et toute la logistique; Échappe aux moratoires imposés par le Ministère dans le développement des entreprises d'économies sociales dans le secteur de la santé; Je trouve très intéressant l'idée de Projet Coop d'habitation pour les aînées; Si la Maison de la famille peut se faire en modèle Coop, c'est intéressant pour moi; Je ne vois pas de possibilité de développer une Coop à Windsor ou à Richmond; Il y a peut être plus de facilité dans le secteur culturel, le volet acheter chez nous; Il y a plus de potentialités dans les domaines connexes à la santé que dans la santé pure : -Achat-échange; - Éducation sur Acheter local; - Service alimentaire	Exemple de la Corvée, le service était onéreux; Il n'y a pas d'opportunités d'en partir une; Nous ne voyons pas l'intérêt; Pour les personnes âgées en perte d'autonomie, la notion de membre doit être relativisée; Cela demande beaucoup d'effort, beaucoup d'énergie; Coop est une belle modalité parmi d'autres; Je ne pourrai pas vendre l'idée de Coop-Santé parce que je n'ai pas une idée précise de ce que ça pourrait être; S'il y avait une idée et c'est le modèle qui est suivi pourquoi pas? Développer des lieux d'échange pour permettre le Troc (à l'image de ce que faisait l'organisme Troc-à-tout); Méconnaissance de c'est quoi la Coop;	Usagers participent à la décision; Idée de membres propriétaires qui doit avoir des impacts eux; Mobilisation pour développer le concept «acheter chez nous»; Crée une solidarité;	Je ne suis pas un spécialiste des Coop; Les gens ne comprenaient pas les enjeux : difficile d'avoir toute l'info sur la façon d'opérer des Coop; Peut-être que la formule Coop de santé peut se développer dans certains secteurs comme Valcourt qui est un milieu qui peut se mobiliser, qui en souffrance dans l'offre de services médicaux, qui a des opportunités économiques et financières avec Bombardier; En santé mentale, il y a un défi de développement de logements pour recevoir la clientèle qui va revenir dans son milieu d'origine; Partir une nouvelle structure c'est tellement lourd, souvent ce qui est préférable c'est de donner un nouveau mandat une structure déjà existante; Notre clientèle est vulnérable, essoufflée, peu instruite, peu disposée à, etc., donc il faut trouver un attrait pour mobiliser ces gens là. L'attrait je ne l'ai pas.