



**HEC MONTRÉAL**

**Décroissance du système de santé : étude de cas de la Clinique  
communautaire de Pointe-Saint-Charles**

par  
**Julie Coquerel**

**Yves-marie Abraham  
HEC Montréal  
Directeur de recherche**

**Sciences de la gestion  
Spécialisation en gestion de l'innovation sociale**

*Mémoire présenté en vue de l'obtention  
du grade de maîtrise ès sciences en gestion  
(M. Sc.)*

Août 2024  
© Julie Coquerel août 2024

## CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

La présente atteste que le projet de recherche décrit ci-dessous a fait l'objet d'une évaluation en matière d'éthique de la recherche avec des êtres humains et qu'il satisfait aux exigences de notre politique en cette matière.

---

**Projet # :** 2025-5672

**Titre du projet de recherche :** Communs de santé : le cas de la Clinique Communautaire de Pointe-Saint-Charles

**Chercheur principal :** Julie Coquerel

**Directeur/codirecteurs :** Yves-Marie Abraham, Professeur - HEC Montréal

**Date d'approbation du projet :** 19 avril 2024

**Date d'entrée en vigueur du certificat :** 19 avril 2024

**Date d'échéance du certificat :** 01 avril 2025

---



Maurice Lemelin  
Président  
CER de HEC Montréal

Signé le 2024-04-23 à 09:16

## Résumé

Bien que nécessaire, le système de santé participe à la crise socio-environnementale à laquelle nous faisons face. Selon le cadre d'analyse décroissanciste développé par Abraham (2019), ce système est, dans sa forme actuelle, insoutenable, injuste et aliénant. Cette recherche propose d'abord une critique de ce système à la lumière d'un cadre d'analyse décroissanciste, ainsi qu'une revue de littérature qui présente les différentes propositions existantes pour le faire décroître. Devant le manque d'exemples concrets étudiés dans la littérature, ce travail illustre également le cas d'un commun de santé. Nous examinons ici comment la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles se pose comme option de rechange au modèle dominant. La Clinique est une organisation qui se rapproche du commun, défini comme un collectif auto-organisé pour répondre aux besoins de ses membres. Cependant, dans un système de santé très axé sur une culture de la mesure quantitative et de plus en plus normé, la clinique se bureaucratise peu à peu et risque toujours de s'éloigner de sa mission. C'est un risque qu'elle court depuis plus de 50 ans, et qu'elle réussit toutefois à écarter, année après année.

**Mots clés :** Système de santé, décroissance, commun de santé, santé communautaire

**Méthodes de recherche :** recherche qualitative, méthodes mixtes, analyse de contenu, entretiens semi-dirigés, méthode d'observation, méthode historique, étude de cas.

## Abstract

Although necessary, the healthcare system contributes to the socio-environmental crisis we are facing. According to the décroissancist analytical framework developed by Abraham (2019), this system is, in its current form, unsustainable, unfair and alienating. This research begins with a critique of this system in the light of a degrowthist analytical framework, followed by a literature review that presents the various existing proposals for reducing it. Given the lack of concrete examples studied in the literature, this work also illustrates the case of a healthcare common. Here, we examine how the Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles presents itself as an alternative to the dominant model. The Clinic is an organization that comes close to the common, defined as a collective self-organized to meet the needs of its members. However, in an increasingly standardized healthcare system with a strong emphasis on quantitative measurement, the clinic is gradually becoming bureaucratized, and is in constant danger of drifting away from its mission. It's a risk that the clinic has been running for over 50 years, and one that it has managed to avert, year after year.

**Keywords :** health system, degrowth, health commowning, community health.

**Research methods :** qualitative research, mixed methods, content analysis, semi-directed interviews, historical method, case study.

## TABLE DES MATIÈRES

<b>Résumé</b> .....	<b>4</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>3</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES</b> .....	<b>6</b>
<b>Tableau 1 : Évolution du budget par acte pour la Clinique en dollars ajustés, page 117</b> .....	<b>6</b>
<b>LISTE DES ABRÉVIATIONS</b> .....	<b>7</b>
<b>REMERCIEMENTS</b> .....	<b>8</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>10</b>
<b>CHAPITRE 1</b> .....	<b>14</b>
<b>FAUT-IL UNE DÉCROISSANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ ?</b> .....	<b>14</b>
1.1 Un système insoutenable.....	14
1.1.1 Sur le plan économique .....	14
1.1.2 Sur le plan écologique .....	15
1.2 Un système injuste .....	16
1.2.1 Investissement en santé publique .....	17
1.2.2 Accès aux soins .....	18
1.3 Une perte d'autonomie.....	19
1.4 Les défis provoqués par des besoins croissants .....	19
1.4.1 Le vieillissement de la population .....	20
1.4.3 La croissance de l'industrie de la santé .....	20
1.5 Conclusion.....	21
<b>CHAPITRE 2</b> .....	<b>23</b>
<b>COMMENT CONCEVOIR LES SOINS DE SANTÉ DANS UNE PERSPECTIVE DE DÉCROISSANCE ?</b> .....	<b>23</b>
2.1 État des lieux des propositions existantes .....	24
2.1.1 Redéfinir notre idée de la santé .....	24
2.1.2 Développer l'autonomie des bénéficiaires .....	27
2.1.3 Diminuer les ressources utilisées.....	29
2.2 Difficultés.....	30
2.3 Conclusion .....	32
<b>CHAPITRE 3 –</b> .....	<b>33</b>
<b>UN COMMUN DE SANTÉ, QU'EST-CE QUE C'EST ?</b> .....	<b>33</b>
3.1 Le concept d'autonomie.....	34
3.2 Qu'est-ce qu'un commun ? .....	36
3.2.1 Étymologie.....	36
3.2.2 Écueils lors de la définition .....	36
3.2.3 Deux écoles de pensée.....	37
3.2.4 Définition du commun choisie .....	38
3.4.1 L'entreprise bureaucratique en opposition au commun .....	40
3.3 Les communs de santé .....	42
3.3.1 Définition de la santé.....	42
3.3.2 Le commun de santé .....	42

<b>CHAPITRE 4 –</b> .....	<b>45</b>
<b>MÉTHODOLOGIE</b> .....	<b>45</b>
4.1 Rappels des objectifs de recherche .....	45
4.2 Étude de cas.....	45
4.2.1 Méthode d’enquête .....	46
4.3 Posture de la chercheuse .....	49
<b>CHAPITRE 5 -</b> .....	<b>51</b>
<b>MONOGRAPHIE</b> .....	<b>51</b>
5.1 POINTE-SAINT-CHARLES, UN QUARTIER OUBLIÉ .....	51
5.3 PREMIÈRES TEMPÊTES.....	55
5.4 LA CLINIQUE FACE AU NÉOLIBÉRALISME .....	60
5.5 CRISE DE CROISSANCE .....	62
5.6 VIRAGE AMBULATOIRE ET CRISES SUBSÉQUENTES .....	65
5.7 TOURNANT BUREAUCRATIQUE .....	70
5.8 LA CLINIQUE AUJOURD’HUI .....	75
5.9 Conclusion.....	77
<b>CHAPITRE 6</b> .....	<b>78</b>
<b>LA CLINIQUE COMMUNAUTAIRE DE POINTE-SAINT-CHARLES,</b> .....	<b>78</b>
<b>UN COMMUN DE SANTÉ ?</b> .....	<b>78</b>
6.1 La Clinique Communautaire de Pointe-Saint-Charles, un commun de santé ? .....	78
6.1.1 Quelle autoproduction ?.....	78
6.1.2 Quelle communalisation ? .....	82
6.1.3 Quelle démocratisation ? .....	84
6.1.6 Dimension coopérative .....	87
6.2 La Clinique et la décroissance : “Produire moins, partager plus et décider ensemble” .....	89
6.2.1 Produire moins.....	89
6.2.2 Partager plus .....	91
6.2.3 Décider ensemble .....	92
6.3 La bureaucratisation au coin du tournant ? .....	94
6.3.1 Éléments caractéristiques de la bureaucratisation .....	94
6.3.2 Risque de perte de sa capacité d’autoproduction.....	97
6.3.3 Risques de perte de sa force démocratique.....	100
6.3.4 Risques de perte de la capacité de coopération .....	102
6.4 Conclusion.....	103
<b>CHAPITRE 7 - CONCLUSION</b> .....	<b>105</b>
7.1 Apport de la recherche .....	106
7.2 Limite de la recherche.....	106
7.3 Suite de la recherche .....	107
<b>BIBLIOGRAPHIES</b> .....	<b>108</b>
<b>ANNEXES</b> .....	<b>117</b>
Annexe 1 - Évolution du budget par acte.....	117
Annexe 2 - Mémo des événements auxquels nous avons assisté.....	118
Annexe 3 - Guide d’entretien.....	120
Annexe 4 : Liste des documents étudiés pour l’analyse de contenu.....	125

## **LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES**

Tableau 1 : Évolution du budget par acte pour la Clinique en dollars ajustés, page 117



## **LISTE DES ABRÉVIATIONS**

AG : Assemblée générale

CA : Conseil d'administration

CIUSSS : Centre universitaire intégré de santé et de services sociaux

CISSS : Centre intégré de santé et de services sociaux

Clinique : Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles

CLSC : Centre local de services communautaires

## REMERCIEMENTS

Merci tout d'abord aux personnes qui ont accepté de répondre à mes questions, de me rencontrer pour des entretiens, de m'accorder du temps afin de m'aider dans mes questionnements et cette recherche. Un merci tout particulier à Martial et Margot, pour leur disponibilité et leur relecture attentive, j'espère que vous ne serez pas déçu.e du travail final, qui est loin d'être parfait ! J'espère qu'il pourra vous être utile.

Merci à Yves-Marie, mon directeur, qui (en plus de me fournir un cadre théorique, ce qui n'est pas rien) m'a accompagné dans mes décisions de girouette et continué à me prodiguer ses conseils et commentaires. Merci à mes autres professeur.e.s, de qui j'ai beaucoup appris, une mention spéciale à Jonathan Deschênes pour sa formation méthodologique, ainsi qu'à Justine Ballon, pour sa méthodologie également, mais surtout pour m'avoir écouté parler de mon mémoire beaucoup trop souvent au lieu de travailler.

Merci aux ami.e.s, Justine, Charles, Will, Mélanie, Manu et les autres, qui m'ont aidé avec mon chien, qui m'ont remplacé au travail, qui m'ont apporté du pain ou qui m'ont aidé de plein d'autres manières. Qui m'ont offert une retraite Thèsez-vous à Noël pour qu'ENFIN, j'avance...

Merci à mon amoureux Xavier, qui a très souvent fait la lessive, le ménage, etc. tout en supportant ma fatigue quand je jonglais entre trop d'activités et la rédaction.

Merci à la gang du GIS d'être des personnes vraiment merveilleuses.

Merci au CRISES HEC pour son soutien financier.

*“Ça fait longtemps que je suis dans le réseau, Julie, puis moi je connais beaucoup de gens, tout le monde à la bonne volonté. Tu sais, moi je suis engagé dans mon travail, je suis pas le seul, tout le monde a une bonne volonté de faire des choses.*

*Mais la machine est plus forte que l'individu, ça c'est sûr.”*

*Jean, gestionnaire en CIUSSS*

## INTRODUCTION

### COMMENT SE SOIGNER DANS UN MONDE POST-CROISSANCE ?

Depuis que le *Club de Rome* a publié son rapport en 1972 sur les dangers de la croissance sur la pollution, de l'épuisement des énergies fossiles et de la destruction des écosystèmes, des penseur.euse.s se sont penchés sur une piste de solution, la décroissance. Dans le milieu universitaire, cette idée est aujourd'hui largement étudiée, et plusieurs solutions et politiques inspirées par cette perspective sont élaborées et promues dans l'espace public (Fitzpatrick et collab., 2022; Sekulova et collab., 2013).

Il convient d'abord de définir ce que nous entendons lorsque nous parlons de décroissance, que nous considérons avant tout comme un projet politique. Le projet politique décroissanciste décrit ici est tiré du cadre théorique développé par Yves-Marie Abraham (2019).

#### *Remise en question d'une croissance infinie*

La décroissance part du postulat qu'une croissance infinie dans un monde fini est insoutenable. En effet, l'exploitation des ressources, matérielles et humaines, et la marchandisation de tous les aspects de la vie mènent à la destruction de la planète, créent des injustices sociales et retirent leur autonomie aux individu.e.s. La croissance est liée à la destruction environnementale, à l'émission de GES et à l'épuisement des ressources non renouvelables (Parrique et al., 2019). De plus, la répartition des richesses accumulées est injuste et les personnes les plus affectées par les conséquences négatives de cette croissance sont celles qui ont le moins d'espace pour s'exprimer : Autochtones, classes populaires, populations du Sud et futures générations (Abraham, 2019). Enfin, le système de production hétéronome (industriel) prend le dessus sur le système de production autonome (artisanal et à échelle humaine), et nous perdons notre autonomie face aux machines et au système capitaliste (Illich, 2003).

#### *Des pistes de solutions*

La direction à prendre pour tenter de résoudre ces problèmes tient en trois propositions: **produire moins, partager plus et décider ensemble (Abraham, 2019)**. Pour cela, il est

proposé de privilégier la communalisation, l'autoproduction, la coopération et la démocratisation. Pour se libérer de l'entreprise-monde (Solé, 2009), il est primordial de valoriser le travail reproductif (Federici, 2022), c'est-à-dire valoriser les activités qui permettent directement de vivre : se nourrir, se loger, prendre soin de soi et des autres... Il s'agit également de se réappropriier les moyens de production (Berlan, 2021) et de créer une synergie entre les moyens de production hétéronomes et autonomes (Illich, 1975). Cela signifie que la propriété des outils de travail n'est pas confisquée par quelques-uns, mais partagée entre les différents utilisateur.ice.s de ceux-ci, et que ces outils de travail soient "conviviaux", c'est-à-dire réparables et peu énergivores. « L'être avec » (Généreux, 2008) et le *care* (Moreau, 2009) doivent être mis au premier plan afin de développer l'entraide et la solidarité. Les décisions doivent être prises démocratiquement par les personnes concernées (Rancière, 2015) et de préférence localement (Bookchin, 2019).

Malgré ces pistes de solutions, lorsqu'on cherche à imaginer un monde post-croissance, la question du « comment? » se pose très rapidement. Dans le cadre de ce mémoire, nous avons envie de participer à répondre à cette question et d'étudier un milieu/système/industrie que l'on imagine difficilement pouvoir faire ou vouloir faire décroître. Le choix d'un sujet est souvent une décision très personnelle et la suite de ce paragraphe sera rédigée à la première personne du singulier afin de souligner le caractère intime de ce processus. Lors des multiples conversations partagées au sujet de la décroissance ces dernières années, deux questions en particulier reviennent souvent : la question de la protection armée des pays et la question de la santé. Si ce mémoire avait été commencé l'hiver dernier, deux ans après l'invasion de l'Ukraine et quelques mois après l'attaque du Hamas le 7 octobre, qui a déclenché la réponse génocidaire d'Israël à l'encontre du peuple palestinien, je me serais peut-être intéressée à la première de ces questions. Mais ce mémoire a été entamé en septembre 2021, juste après la pandémie et quelques années après que ma grand-mère, alors atteinte d'alzheimer, soit réanimée et soignée après un arrêt cardiaque à l'âge de 83 ans. Cette femme est l'une des personnes de sa génération les plus indépendantes que j'ai rencontrées. Peu de temps après son opération, elle a été placée en maison de retraite. Aujourd'hui, dotée d'un *peacemaker*, elle ne parle plus, ne peut plus rien faire seule, mais son cœur bat encore. Secouée suite à cet événement, et l'esprit plein de la crise sanitaire, j'ai donc préféré me pencher sur la question de la santé dans un monde post-croissance. En effet, on peut imaginer que dans un monde post-croissance, les finances publiques reçoivent moins de fonds et on peut se

demander s'il sera possible de financer le prolongement de la vie comme on le fait aujourd'hui. Cette question, posée en terme économique, semble abominable, mais il s'agit finalement d'un sujet de société, philosophique et psychologique, qui pose la question de notre rapport à la santé, mais également à la maladie et à la mort. Il est probable que le vieillissement de la population et les futures crises sanitaires, liées ou non à la crise écologique, pèseront lourdement sur un système de santé déjà surchargé avant la pandémie. Certes, le manque de personnel soignant est un enjeu sur lequel les autorités ont intérêt à se pencher, mais d'un autre côté, il est possible qu'une partie du problème vienne de la prise en charge médicale et du traitement des personnes malades ou mourantes comme des patients à absolument prendre en charge médicalement. Plutôt que de subir l'impossibilité de soigner tous les patients lors d'une future crise sanitaire/démographique/écologique, il semble important d'aborder la question du traitement de la maladie dans notre société, afin de pouvoir choisir et non subir, la manière dont nous prenons soin de nous et des personnes qui nous sont chères.

Nous nous sommes donc d'abord posé la question : faut-il promouvoir une décroissance du système de santé, et si oui, pourquoi ? Dans quelle mesure le système de santé actuel est-il compatible avec les principes de décroissance ? Ce travail est séparé en plusieurs chapitres qui offrent une réponse (parmi d'autres !) à la question : "Comment concevoir une décroissance du système de santé". Le premier chapitre examine pourquoi une décroissance du système de santé est pertinente. Le deuxième chapitre est une revue de littérature qui présente les travaux déjà effectués sur la question. Après avoir réalisé cette recension des écrits, nous avons identifié le besoin d'illustrer davantage de cas concrets d'initiatives qui pourraient s'insérer dans un système de santé décroissant. Le troisième chapitre tente donc de décrire un commun de santé, un modèle d'organisation qui nous semble propice à répondre à ce projet. Ce chapitre théorique pose les bases de notre cadre conceptuel, qui nous servira à analyser un cas concret, celui de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles. Suite à la présentation de la méthodologie choisie (chapitre 4), le cinquième chapitre présente sous la forme d'une courte monographie l'organisation choisie. Enfin, le sixième chapitre présente les résultats de notre analyse et le septième chapitre conclut ce mémoire, en présentant les apports de cette recherche, ses limites et les prochaines avenues de recherche possibles.

## **CHAPITRE 1**

### **FAUT-IL UNE DÉCROISSANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ ?**

Devant le caractère essentiel du système de santé, et considérant que son inaccessibilité est souvent critiquée, on peut se demander s'il est bien nécessaire de réfléchir à une décroissance du système de santé. Ce chapitre cherchera donc à répondre à la question : “faut-il une décroissance du système de santé ?”. Pour répondre à cette question, j'ai tenté d'analyser le domaine de la santé au Québec à travers la lentille critique décroissanciste développée par Abraham (2019). Cette analyse se concentre sur quatre axes : 1) le caractère insoutenable du système de santé sur les plans environnemental et économique; 2) les injustices qui le traversent; 3) la perte d'autonomie qui lui est associée.

#### **1.1 Un système insoutenable**

Le système de santé, malgré le fait qu'il soit loin d'être capable de répondre à la demande de tous et toutes, n'est soutenable ni sur le plan économique ni sur le plan écologique.

##### **1.1.1 Sur le plan économique**

Depuis 1975, le pourcentage du PIB représentant les dépenses en santé au Québec ne cesse d'augmenter, passant de 7 % en 1975 à 11,6 % en 2019 (ICIS, 2019). Ces dépenses sont largement assumées par le secteur public, qui a pris en charge 70 % des dépenses en santé entre 2012 et 2019, avec une augmentation de ce pourcentage à 75 % avec la pandémie (Allin et collab., 2022). La part du budget des provinces et territoires allouée aux dépenses de santé entre 1993 et 2017 est passée de 32 % à 37 % (ICIS, 2019). Elle s'établit aujourd'hui en moyenne à 40 % (Allin et collab., 2022).

Au Québec, le taux de croissance des dépenses en santé augmente avec les années. Ainsi, entre 2000 et 2016, on observe une croissance annuelle de 4,7 % en moyenne (Clavet et collab., 2022). Les dépenses annuelles du gouvernement sont passées, entre 2009-2010

et 2021-2022, d'environ 20 G\$ à plus de 40 G\$ (Ministère des Finances, 2023). Les projections budgétaires concernant l'évolution des dépenses en santé nécessaires ne permettent pas aujourd'hui de prévoir un accès aux soins pour les générations futures qui soit comparable à celui dont les générations actuelles bénéficient (St-Maurice et collab., 2021). Cette augmentation constante pourrait à la longue devenir insoutenable si aucune mesure visant à rééquilibrer le phénomène n'est mise en place à moyen ou long terme.

### **1.1.2 Sur le plan écologique**

La croissance économique est directement liée à la destruction du monde, car elle génère une surexploitation des ressources, ce qui mène à un dépassement des limites planétaires et pose un danger pour les êtres humains et les autres espèces (Meadows et collab., 2018; Parrique et collab., 2019). La croissance du système de santé participe à cette croissance économique et, donc, à ses effets négatifs. Il est difficile d'évaluer les impacts environnementaux du système de santé canadien, car peu d'acteurs du système ont effectué le calcul de leur empreinte écologique (Allin et collab., 2022; Kagoma et collab., 2012), et les différentes études sur le sujet utilisent des méthodologies différentes (Eckelman et collab., 2018; Kagoma et collab., 2012; Windfeld et Brooks, 2015).

Cependant, Eckelman et ses collègues (2018) estiment que les émissions carbone du système de santé canadien sont responsables de 4,6 % des émissions totales dans le pays. Entre 2009 et 2014, elles sont passées de 29,6 millions de tonnes cubes de CO<sup>2</sup> par an à 33 millions de tonnes cubes par an, soit une augmentation de 10,3 %. En plus de leurs effets néfastes pour l'environnement, ces émissions sont responsables de la perte de 4100 à 23 000 années de vie en bonne santé.

Ce système est également coupable d'autres émissions dangereuses pour la santé, qui sont responsables de la perte de 14 700 années de vie en bonne santé. Les trois plus grands émetteurs sont les hôpitaux et les médicaments, prescrits ou non : ensemble, ils sont responsables de 50 % des émissions. Les médecins sont responsables de 13 % des émissions.



La gestion des déchets du système de santé est aussi un enjeu important. Les déchets solides issus du système médical canadien représentent 1 % de la totalité des déchets au pays. Ces déchets sont coûteux à traiter et ont des effets négatifs sur la santé des populations et de l'environnement. En effet, 85 % des déchets des hôpitaux sont des déchets solides ordinaires, mais entre 50 % et 85 % de ces déchets ordinaires sont traités inutilement comme des déchets à risque biologique. Or, ceux-ci demandent un traitement très énergivore et néfaste pour l'environnement afin d'être éliminés. Ils coûtent 963 \$ par tonne à traiter, contre 121 \$ pour des déchets solides ordinaires (Kagoma et collab., 2012).

Le flou entourant la définition d'un déchet à risque biologique et le manque de formation du personnel à ce sujet font en sorte qu'en cas de doute, un déchet sera traité comme présentant un risque biologique (Walkinshaw, 2011). Le système de santé utilise de plus en plus de matériel à usage unique, considéré comme plus sécuritaire, malgré l'absence d'études allant dans ce sens. De plus, les hôpitaux se méfient des coûts et de la main-d'œuvre associés à l'entretien de matériel réutilisable. Enfin, il est plus intéressant pour les entreprises manufacturières de vendre des produits à usage unique que des produits réutilisables (MacNeill et collab., 2020).

On voit que l'impact écologique du système de santé est significatif et que si la tendance à la production et consommation de déchets et de GES au sein du système de santé continue à croître, elle risque de devenir insoutenable. Le système de santé n'est pas seulement insoutenable d'un point de vue économique et potentiellement écologique, il est aussi injuste.

## **1.2 Un système injuste**

Les deux aspects qui nous ont le plus frappés quant à l'injustice du système de santé sont le faible investissement en santé publique et la difficulté d'accès aux soins.

### 1.2.1 Investissement en santé publique

Le système de santé québécois est un système hospitalo-centré, c'est-à-dire qu'il est centré sur la médecine curative offerte dans les établissements de santé centralisés : les hôpitaux. Cette vision de la santé s'appuie sur le présupposé que les maladies sont d'abord causées par des facteurs biologiques, par exemple les virus, les bactéries, les blessures accidentelles, et ainsi de suite. Bien que la prévention ne soit pas absente des programmes de santé, elle ne constitue pas le cœur des dépenses en santé. En effet, le budget de la santé publique pour les programmes de prévention en santé représente à peine 2 % du budget total du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), ce qui est bien en dessous de la moyenne canadienne et des recommandations de l'Organisation mondiale de la santé, qui s'élèvent à 5 % (Plourde, 2021). Les dépenses du budget de la santé du MSSS se sont élevées en 2015-2016 à 32,7 G\$, ce qui représente plus du tiers des dépenses publiques du Québec. Les hôpitaux captent environ 25 % de ce budget; les médecins, 20 %; et le remboursement des médicaments; 7,6 %. Le reste du budget est réparti entre les différents postes budgétaires restants (Hébert et collab., 2017). Les actions de préventions préconisées et mises de l'avant reposent majoritairement sur la responsabilité individuelle (faire du sport, bien manger, moins boire et moins fumer), sans accorder une attention particulière aux inégalités sociales et à leurs conséquences sur la santé des personnes et des communautés marginalisées (Plourde, 2021).

Pourtant, d'après l'Institut national de santé publique du Québec, les facteurs biologiques ne jouent que pour 15 % sur la santé des personnes et le système de soins pour 25 %, tandis que l'environnement social et économique joue pour 50 % sur la santé des individus (INSPQ, 2018). Le revenu et le niveau de scolarisation influent sur la longueur de l'espérance de vie (EV) des personnes, et bien que l'EV ne cesse de s'allonger pour toutes les classes de la société, les écarts entre les différents quintiles se sont accentués (Bushnik et collab., 2020). En 2012-2013, la mortalité prématurée du groupe le plus défavorisé (dernier quintile sur le plan des conditions matérielles et sociales) est presque deux fois supérieure à celle du groupe le plus favorisé (premier quintile). Si l'ensemble de la population avait le taux de mortalité prématurée du groupe favorisé, cela représenterait 6000 morts en moins par année et une diminution de 29 % du nombre de

morts prématurées (INSPQ, 2018). La longueur de l'espérance de vie en bonne santé (EVBS) est également liée aux conditions socioéconomiques d'une personne : plus une personne est éduquée et/ou à l'aise matériellement, plus son EVBS est élevée. En 2011-2012, la différence entre le groupe favorisé et le groupe défavorisé était de 9,7 ans pour les hommes et de 7,5 ans pour les femmes : l'EVBS du groupe favorisé est supérieure de 10 % à celle du groupe défavorisé. Cette inégalité est constante à travers les années, mais, si l'ensemble de la population atteignait l'EVBS du groupe favorisé, les hommes seraient capables de vivre en santé jusqu'à 78 ans au lieu de 73 ans, et les femmes de vivre en santé jusqu'à 80 ans au lieu de 77 ans (INSPQ, 2018).

Bref, la distribution des ressources en santé est source d'injustice sociale. Le système curatif capte la majorité des ressources en santé. Or, l'accès aux soins est un facteur secondaire sur le plan de l'EVBS, par rapport aux conditions de vie sociomatérielles (Plourde, 2021).

### **1.2.2 Accès aux soins**

Bien que le Canada offre une bonne couverture de soins de santé, celle-ci n'est pas parfaite et génère aussi des inégalités (Arya et Piggott, 2018). Si 3 % des Canadiens dépensent plus d'un dixième de leur revenu dans des soins de santé, ce pourcentage augmente à 8 % pour le groupe de Canadiens avec les revenus le plus bas. En effet, certains soins ou médicaments ne sont pas couverts par l'assurance universelle, par exemple certains médicaments, les soins dentaires, les soins optométriques et certains soins psychologiques. De plus, les listes d'attente pour avoir accès à un médecin spécialisé dans le système public sont de plus en plus longues (Allin et collab., 2022).

Enfin, bien que le système développe des approches comme l'approche patients-partenaires, celles-ci ne constituent pas encore la norme, et d'après notre cadre d'analyse, le système actuel retire leur autonomie aux personnes sur plusieurs aspects.

### **1.3 Une perte d'autonomie**

Pour Ivan Illich (1975a; 1975b), en médicalisant des conditions normales de vie (enfance, vieillesse), la médecine retire aux individus leur autonomie en les transformant en patients. À chaque stade de vie son examen médical. Illich prend pour exemple les personnes âgées : la vieillesse n'est effectivement pas considérée comme une condition normale dans les sociétés industrialisées du Nord global, mais plutôt comme une maladie qui doit être soignée à grand renfort de médicaments et d'hospitalisation. La médicalisation du dépistage précoce gêne et décourage la véritable prévention, mais entraîne aussi les patients potentiels à se comporter en permanence comme des objets dont le médecin a la charge; ils deviennent ainsi des patients à vie.

L'urgentologue Alain Vadeboncœur (2022) aborde également ce sujet dans son ouvrage *Prendre soin : au chevet du système de santé*, dans lequel il tente d'établir un diagnostic des enjeux auxquels le système de santé fait face. Parmi les nombreux problèmes soulevés, Vadeboncœur évoque le suivi médical des personnes bien portantes, qui mobilise d'importantes ressources du système de santé. Il pointe du doigt le manque de connaissances médicales des citoyens et une certaine vision de l'humain qui serait « un malade en sursis, voire un mort en devenir [qui aurait] besoin d'un suivi médical plus serré, d'évaluations régulières, de prises de sang fréquentes » (p. 38). Pour lui, les personnes en santé ne devraient pas consulter pour s'assurer que tout va bien, et les visites de suivi de croissance ou gynécologique régulier devraient être effectuées par des professionnels autres que des médecins (Vadeboncœur, 2022).

Le système de santé actuel est donc largement insoutenable, injuste et contribue à la perte d'autonomie des personnes. Cependant, ce n'est pas par mauvaise volonté des personnes qui travaillent en son sein. Le système doit faire face à des besoins qui vont croissants dans un monde capitaliste où les acteurs privés font face à des impératifs de rentabilité.

### **1.4 Les défis provoqués par des besoins croissants**

Cette croissance des besoins en santé est provoquée majoritairement par deux raisons principales, le vieillissement de la population, la dégradation des conditions de vie et la croissance de l'industrie de la santé.

#### **1.4.1 Le vieillissement de la population**

Le vieillissement de la population laisse présager des besoins croissants en soins. Les personnes de 65 ans et plus représentent la portion de la population qui connaît la croissance la plus rapide (Hwang et Morrison, 2007). En 1971, elles représentaient 6,7 % de la population du Québec. En 2021, elles représentent 20,3 % de la population et devraient atteindre 28 % de la population en 2030 (Statistique Canada, 2022).

Selon le rapport sur une approche adaptée en santé pour les personnes âgées réalisé en 2010 par Kergoat et collab., la vieillesse s'accompagne d'une diminution des capacités fonctionnelles, des réserves physiologiques et de la résilience lors de sollicitations fortes comme une maladie aiguë. La sédentarité et les maladies chroniques appauvrissent également les capacités fonctionnelles et, malgré l'allongement de l'espérance de vie, les maladies chroniques surgissent toujours aussi tôt. La présence d'une maladie chronique accroît le risque de développer un problème de santé grave et plus une personne vieillit, plus elle a besoin d'assistance et de soins de santé. Les 65 ans et plus représentent la proportion de population qui fréquente le plus les hôpitaux : au Québec, ils représentent 50 % des admissions et des coûts des hôpitaux. Bien qu'elles forment un groupe hétérogène dont une partie est en bonne santé, les personnes de 65 ans et plus restent plus longtemps à l'hôpital (14 jours) que le reste de la population (10 jours). Cette réalité s'accroît avec l'âge (Kergoat et collab., 2010).

#### **1.4.2 La dégradation des conditions de vie**

La dégradation des conditions de vie liées entre autres à la pollution et aux changements climatiques fait également croître nos besoins en santé.

La pollution affecte la santé des personnes de multiples manières : polluants éternels, pesticides... Si on prend l'exemple de la pollution atmosphérique, dans leur rapport sur l'impact de la pollution atmosphérique liée au trafic (PALT) sur la santé, l'Association

Canadienne des Médecins pour l'Environnement montre que l'exposition la PALT est la cause de nombreuses maladies, souvent liées au système respiratoire. Bien que le système respiratoire et le système cardiovasculaires sont les plus négativement atteints par la proximité avec la PALT, celle-ci cause aussi d'autres problèmes de santé tels que l'obésité, les troubles de santé mentale, la démence et les issues défavorables de la grossesse.(Association Canadienne des Médecins pour l'Environnement, 2022). Une étude estime que les décès prématurés liés à la pollution atmosphérique représentent une mort sur cinq dans le monde (Vohra et al, 2021).

Les changements climatiques aggravent également les risques en santé liés au climat. Au Canada, les décès attribuables aux coups de chaleur sont plus nombreux, et dans le Nord les épisodes de réchauffement menacent la sécurité alimentaire des populations autochtones, rendent les déplacements sur la glace plus dangereux et aggravent les enjeux de santé mentale. L'évacuation des populations partout au Canada causée par des inondations ou des feux de forêt peuvent entraîner des symptômes d'anxiété et de trouble de stress post-traumatique. Les feux de forêt, qui participent à la pollution atmosphérique, risquent d'augmenter dans les prochaines années. Les maladies transmises par les tiques et les moustiques sont également en augmentation (Howard et Huston, 2019).

La pollution de l'environnement et les risques liés aux changements climatiques risquent de continuer à peser de plus en plus lourd sur le système de santé dans les prochaines années. Cependant, ce facteur couplé au vieillissement de la population évoqué plus haut ne suffisent pas à expliquer la croissance du système de santé.

### **1.4.3 La croissance de l'industrie de la santé**

L'industrie de la santé est un tout complexe qu'il est difficile d'appréhender dans son ensemble. Elle se développe différemment selon les régions, mais elle suit des tendances communes. La ligne est floue entre les secteurs public et privé dans cette industrie. D'une part, elle est très soutenue par les gouvernements grâce à des investissements en recherche, en infrastructures et comme principal client du programme d'assurance maladie (Hébert et collab., 2017; Plourde, 2021). D'autre part, elle réalise des profits extraordinaires depuis trois décennies. La rentabilité de l'investissement semble

illimitée : une société ne sera jamais assez en santé et n'arrivera jamais à court de maladies nécessitant des traitements (Loeppky, (2010).

Cette croissance des profits de l'industrie pharmaceutique depuis les années 1990 s'explique par une stratégie marketing visant à agrandir le marché grâce à deux techniques : la médicalisation de phénomènes normaux et l'élargissement des définitions des maladies existantes (Appelbaum, 2010). Les médicaments ont longtemps été considérés comme un bien non élastique : on ne pouvait pas prescrire un médicament à quelqu'un qui n'en avait pas besoin. Ce n'est plus le cas aujourd'hui : 20 % du budget marketing de l'industrie est dédié à payer des leaders d'opinion clés (p. ex., des médecins renommés et des chercheurs) afin qu'ils appuient les recherches menées par les laboratoires eux-mêmes. À titre de comparaison, le budget marketing dépensé en publicité est de 14 % : la cible des campagnes marketing n'est pas la population générale, mais les praticiens eux-mêmes (Appelbaum, 2010). Au Québec, le total des dépenses privées et publiques en médicaments est passé de 6 % en 1980 à presque 20 % en 2015 (Hébert et collab., 2017).

## 1.5 Conclusion

Bien qu'essentielle, l'industrie qui soutient notre système de santé actuel fait face aux mêmes enjeux que les autres sphères de production critiquées par le mouvement de la décroissance. Selon le cadre d'analyse décroissanciste décrit plus haut, le système de santé est donc insoutenable, injuste et aliénant. De plus, considérant la courbe de sa croissance, ce système nécessiterait de profondes transformations pour être capable d'offrir des soins de santé soutenables, équitables et de qualité dans un monde à la population vieillissante et aux ressources de plus en plus limitées. Le système de santé participe bel et bien à la crise sociale et environnementale à laquelle les humains et les autres êtres vivants font face et qui modifie durablement le système Terre (Eckelman et Sherman, 2016).

Devant cet état des faits, j'ai décidé de poursuivre ma recherche sur la décroissance et la santé, et me suis concentré sur la question de recherche exploratoire suivante : *comment*

*offrir des soins de santé soutenables, équitables et émancipateurs dans un système décroissanciste ?*



## **CHAPITRE 2**

### **COMMENT CONCEVOIR LES SOINS DE SANTÉ DANS UNE PERSPECTIVE DE DÉCROISSANCE ?**

#### ***REVUE DE LITTÉRATURE***

On a vu dans le chapitre précédent que le système de santé est un bon cas d'étude pour analyser les problèmes qu'engendre la croissance et l'intérêt d'amorcer une décroissance. En effet, bien qu'ayant pour objectif d'améliorer le bien-être et la santé des individu.e.s, ce système est insoutenable économiquement et écologiquement et ne peut garantir aux générations futures des soins d'une qualité et d'un coût équivalents à ceux offerts aujourd'hui. De plus, il est injuste, fonctionne à deux vitesses et exploite une grande partie de ses travailleur.euse.s. Enfin, en médicalisant les conditions normales d'existence et circonscrivant l'acte de soigner à une série d'actes médicaux réservés à des professionnels, ce système retire aux personnes leur autonomie. Devant cet état de fait, certain.e.s chercheur.euse.s ou penseurs se sont penché.e.s sur la question d'une décroissance du système de santé. Nous offrons ici une synthèse des travaux portant sur la décroissance et la santé, en nous concentrant dans un premier temps sur les différentes propositions et idées sur le sujet avant, dans un deuxième temps nous dresserons un portrait de certains des écueils qui se dressent devant la réalisation de ces propositions.

Cette revue de littérature est établie sur la base d'une recherche sur le Web d'articles scientifiques en français et en anglais réalisée grâce aux bases de données *ScienceDirect* et *Google Scholar*. Elle est complétée par quelques monographies de références fréquemment citées dans les articles étudiés. Cette revue de littérature est basée sur les articles associant « décroissance » et « santé », en anglais ou en français, ainsi que tous les articles pertinents cités par ces articles ou qui ont cité ces articles. Cette revue recense également une part de la littérature grise portant sur le sujet. Cependant, une grande partie de cette littérature est uniquement disponible en version papier (par exemple le populaire journal *La Décroissance*, publié en France à 80 000 exemplaires et distribué en France, en Belgique et en Suisse) et était trop difficile à trouver au Québec.

## 2.1 État des lieux des propositions existantes

Plusieurs auteur.ice.s ont déjà écrit sur comment changer le système pour qu'il puisse être compatible avec une société moins orientée vers la croissance. On peut classer les différentes propositions selon trois axes : 1) la redéfinition de notre idée de la santé, 2) le développement de l'autonomie des usagè.e.s; et 3) la diminution des ressources utilisées en santé.

### 2.1.1 Redéfinir notre idée de la santé

Dans son ouvrage de référence *Némésis médicale*, Illich (1975) soulève que l'un des principaux facteurs qui soutient la croissance du système de santé est que l'augmentation des soins de santé est considérée comme une augmentation de la qualité de vie et que toute atteinte au système de santé et une réduction des coûts dans ce domaine est considérée comme négative. Or, selon Illich (1975), la diminution des maladies mortelles précède les améliorations médicales et est davantage corrélée à l'amélioration des conditions de vie et surtout de nutrition qu'à l'amélioration des soins médicaux. Les changements de comportements et des inventions non médicales de type fosse septique, l'utilisation du savon adoptée par la population ont beaucoup plus à voir avec l'allongement de la durée de vie que les inventions médicales. La régulation des naissances (initiée par la médecine) est aussi une des causes majeures de la baisse de mortalité, car la diminution du nombre d'enfants a permis une meilleure nutrition dans les familles. D'un point de vue géographique, il note à l'époque que sur un territoire, c'est également les conditions de vie des habitants plus que l'accès à des services médicaux qui impacte la morbidité de la population. En 1975, il affirme que la corrélation entre la fréquence de l'acte médical et la santé d'une population n'a jamais été prouvée scientifiquement. Pour lui, bien que l'on ne puisse nier l'impact positif de la médecine sur les maladies infectieuses : vaccins et médicaments ont réussi à éliminer la mortalité de plusieurs maladies, statistiquement, ces maladies n'ont que peu d'impact sur la mortalité globale et la baisse de mortalité ne devrait pas être imputée à la médecine. Pour les chercheurs ayant écrit sur le sujet, l'étape la plus importante pour amorcer la décroissance du système de santé consisterait donc à redéfinir notre idée de la santé, c'est-à-dire de cesser d'associer progrès médical et bonne santé, et remettre au centre de la

discussion d'autres éléments liés à la santé, mais moins nocifs, plus justes et plus efficace que le système de santé. Pour cela, plusieurs avenues sont envisagées : sortir de la course à la croissance, valoriser la médecine préventive, changer de cadre de référence et redéfinir nos attentes en matière de santé.

***Sortir de la course à la croissance*** - Lorsque Illich dénonce la contreproductivité globale en 1975, il explique que c'est la recherche de croissance et de progrès technologique qui cause la mauvaise santé de ses contemporains. Dans le journal *L'Échappée belle* portant sur le sujet de la santé, des étudiants se sont appliqués à actualiser les constats de Illich, mais en 2019. Ils soulèvent que plusieurs des maux de notre époque sont effectivement le résultat contreproductif d'une société de croissance : le *burn-out* par exemple, est causé par une surcharge de travail et amène les personnes qui en souffrent à ne plus être capable de travailler du tout (Genet et al., 2019). De plus, alors qu'augmenter le temps de travail est relié à l'augmentation de la consommation d'anxiolytiques et d'antidépresseurs chez les travailleur.euse.s, la réduction du temps de travail à 32 h par semaine réduit la fatigue et les accidents (Bernard, 1991). L'augmentation de la sédentarité causée par des trajets en voiture et des emplois stationnaires ne nous permet pas d'atteindre naturellement la quantité d'exercice physique nécessaire à notre bonne santé (Adra et al, 2019)

***Valoriser la médecine préventive*** - La deuxième proposition est celle que l'on retrouve dans presque tous les articles étudiés, consiste à valoriser la médecine préventive par rapport à la médecine curative (Borowy et Aillon, 2017; Missoni, 2015). Cela passe par plus d'égalité dans la société et par un changement dans les habitudes de vie des individu.e.s. En effet, les conditions socio-économiques de vie sont les principaux déterminants de la santé : les trois premiers facteurs sont les inégalités (de classe, de revenu, d'emploi, d'éducation, de genre et d'ethnicité), l'environnement, et le style de vie. Les services de santé comptent uniquement pour entre 15 et 25 % de la santé des populations (Aillon et D'Alisa, 2020). Les chercheurs proposent donc d'adopter une approche plus sociale que biomédicale, c'est-à-dire d'améliorer les déterminants socioéconomiques de la santé en s'appuyant sur les principes de santé publique développés dans la *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé* (OMS, Santé et Bien-être social Canada et Association canadienne de santé publique, 1986). Cette charte invite à réduire les inégalités et à améliorer les conditions de vie et le niveau d'éducation, des facteurs ayant une incidence plus importante sur la santé que l'accès aux soins (Aillon et D'Alisa, 2020; Borowy et Aillon, 2017; Ouimet et collab., 2020). Sur le plan des

habitudes de vie, Serge Mongeau, médecin et écrivain et père du mouvement de la simplicité volontaire au Québec collabore avec la revue S!lence et met également de l'avant la prévention. En 2006, dans un numéro de cette même revue intitulée "Décroissance et santé", il décrit les mesures préventives à mettre en œuvre pour diminuer les besoins en soins. Il propose tout d'abord de mettre en place un revenu citoyen de base. Il propose également de valoriser l'alimentation saine, bio et locale en intégrant les enfants à l'école à la préparation des petits-déjeuners et des déjeuners, de multiplier les jardins communautaires. L'activité physique pourrait être encouragée grâce à des villes sans voitures, une décentralisation des écoles et la construction d'infrastructures sportives collectives. Il souligne l'importance de lutter contre le stress avec des semaines de travail de 30 heures maximum, et un logement assuré grâce à un arrêt de la spéculation immobilière. Sa dernière préconisation en prévention porte sur l'importance d'un environnement sain, grâce à de grands parcs, à une diminution des autos et une interdiction des véhicules récréatifs (Mongeau, 2006). Dans le même numéro, Ledru (2006) soulève que les programmes de prévention existent, mais sont destinés aux pauvres, comme si les riches n'en avaient pas besoin, soit parce qu'ils auraient de meilleures habitudes de vie, soit parce qu'ils peuvent se permettre d'avoir accès à une médecine privée. Il dénonce cette injustice et propose des pistes de solution pour changer la donne : sortir de la logique de paiement à l'acte des médecins, organiser des activités d'éducation sanitaire pour tous. et favoriser l'installation dans le privé (??) de spécialistes de la santé publique et de la prévention (Ledru, 2006).

***Modifier l'éducation du personnel médical*** - Sur un autre plan, on relève à plusieurs reprises la proposition d'adapter l'éducation du personnel médical, actuellement très hospitalo-centrée, pour que ce dernier soit moins un intermédiaire entre l'industrie pharmaceutique et les patients, et plus axé vers la médecine sociale, l'éducation au prendre soin de soi (Bednarz et Spady, 2010; Borowy et Aillon, 2017; Missoni, 2015). Bednarz et Spady (2010), se penchent spécifiquement sur cette question. Pour les deux auteurs, la santé humaine ne doit pas être préservée au détriment de l'écosystème, lui-même nécessaire à la bonne santé, cela serait contreproductif. Pour eux, les soins de santé doivent être offerts de manière soutenable : c'est-à-dire que leur octroi ne doit pas mettre en danger la possibilité de fournir des soins de santé dans le futur, que ce soit par manque de ressource ou parce que l'environnement est devenu trop nocif. Pour les deux auteurs, il est primordial que la formation du personnel médical prenne ces éléments en compte. Ils formulent plusieurs propositions. Tout d'abord, la soutenabilité devrait être intégrée

à tous les cours et la médecine préventive devrait être considérée comme aussi importante que la médecine curative. Les curriculums devraient explorer la possibilité de plusieurs scénarios de diminution des ressources (15 %, 25 %, 50 %) et leurs impacts sur les services de santé. De plus, étant donné l'importance des déterminants sociaux sur la santé des gens, la recherche devrait être orientée sur comment, lors des changements apportés par des contractions économiques, maintenir ou améliorer les facteurs socio-démographiques qui influent positivement sur la santé des personnes. Enfin, les écoles de médecines devraient communiquer et utiliser le marketing pour faire rayonner le fait qu'elles inscrivent leur enseignement dans la réalité du XXI<sup>e</sup> siècle (Bednarz et Spady, 2010).

***Changer de comparatif*** - Afin de rendre désirable la transition du modèle de santé actuel vers un modèle de santé décroissanciste, certaines personnes suggèrent de changer le cadre de référence actuel pour analyser si une décision est bonne ou mauvaise. Cela signifie cesser de comparer la qualité des soins futurs avec des soins offerts dans une société d'abondance énergétique mais plutôt la comparer avec des soins offerts si la diminution des ressources n'est pas planifiée (Bednarz et Spady, 2010; Borowy et Aillon, 2017).

***Baisser nos attentes en termes d'espérance de vie*** - Enfin, dans la visée d'avoir un système de santé capable de fournir des soins équitables à tous dans les années à venir et de généraliser à l'ensemble de la population mondiale des soins de qualité, certains articles mentionnent qu'il serait peut-être nécessaire de baisser nos attentes en matière d'espérance de vie et de confort (Aillon et Dal Santo, 2014; Büchs et Koch, 2019). Cependant, cet aspect est très peu poussé, souvent simplement évoqué dans la littérature scientifique. Pourtant, dans la littérature grise, la question est plus présente. Mongeau (2006) suggère de faire évaluer le coût-bénéfice de la pertinence de l'acceptation de nouvelles technologies médicales comme nouvelles méthodes de soin par un comité composé du public et de professionnels.

### **2.1.2 Développer l'autonomie des bénéficiaires**

Les propositions de rendre leur autonomie aux individu.e.s dans le domaine de la santé repose sur deux aspects, tout d'abord placer les personnes en tant qu'usagères au centre

du processus décisionnel, et d'autre part placer les individu.e.s au centre de la pratique, c'est-à-dire lui donner les outils pour qu'ils puissent se soigner elleux-mêmes.

***Placer les usager.ère.s au cœur du processus décisionnel*** - Cela implique de mettre les communautés locales au centre du processus décisionnel, en valorisant la santé communautaire (Missoni, 2015). La santé communautaire repose sur des principes de proximité et vise une "vie bonne" de tous les groupes d'une communauté locale plutôt que l'élimination des conditions morbides de quelques personnes. Elle est basée sur les besoins des citoyen.ne.s et nécessite d'inclure les personnes dans l'administration des services qui les concerne. Domaine de recherches et d'interventions guidé par des pratiques multidisciplinaires et multisectorielles en vue d'impacter les déterminants sociaux de la santé, ce domaine pourrait être qualifié de socio-sanitaire. La différence majeure entre la santé communautaire et la santé publique repose sur les processus participatifs propres à la première, ses valeurs d'*empowerment* et de justice sociale (Vornax et Desgroseillers, 2016). et en mettant en place un système de gouvernance de santé qui considère la santé comme un bien commun (Borowy et Aillon, 2017).

***Placer les individu.e.s au cœur de la pratique*** - Développer l'autonomie des bénéficiaires suppose de les placer au centre du processus décisionnel, mais également au cœur de la pratique. Il ne s'agit pas d'abandonner totalement les soins offerts par des professionnels de santé, mais bien de créer une synergie entre la production de soins autonomes et hétéronomes, c'est-à-dire entre les soins prodigués par les individus de manière autonome et ceux prodigués par le système de santé, de manière hétéronome (Illich, 1975a). Cela peut passer par la promotion de la connaissance de soi ainsi que du soin de soi et des autres (Borowy et Aillon, 2017). Borowy (2013) donne l'exemple du système de santé de Cuba dans les années 90, suite à l'effondrement du bloc soviétique. Pour Borowy, le maintien de la bonne santé des Cubains au cours de cette période s'explique en partie par l'implication forte de bénévoles au sein des différentes structures liées à la santé. Pour Missoni (2015), la valorisation de la santé communautaire couplée à l'engagement citoyen auprès de ces structures est également une des clés nécessaires à la préservation d'un système de santé efficace dans un système décroissant. Il promeut également une meilleure intégration des personnes vulnérables dans la société grâce à une réorganisation des habitations pour inclure dans les lieux de vie les personnes âgées et en situation de handicap, et si ce n'est pas possible au moins les intégrer sur les lieux de travail et d'activité (Missoni et Galindo, 2020). L'engagement des citoyens pourrait

se faire à tous les niveaux du système de santé à travers la création de communs de santé (Aillon et D'Alisa, 2020). D'ailleurs lors d'une conversation avec Federici, Monteagudo (2019) montre comment les communs de santé peuvent servir aux femmes à récupérer le contrôle de leur corps et de leur santé. En 1975, Illich promouvait même l'autoadministration de certains actes médicaux et la démedicalisation d'un certain nombre de pratiques, mais on ne retrouve pas ces idées dans les textes plus récents traitant du sujet.

### 2.1.3 Diminuer les ressources utilisées

On a vu que les chercheurs mettent l'accent sur la diminution des besoins en mesures curatives par rapport aux mesures préventives. Cependant, les soins curatifs demeurent nécessaires, mais pourraient être moins coûteux en matériel et en énergie.

***Retirer la production de médicaments et de matériel médical aux entreprises à but lucratif*** - Pour réduire les ressources utilisées en santé curative, la première mesure préconisée par les décroissancistes est de retirer l'organisation de la production de médicaments et de matériel médical au secteur privé lucratif (Borowy et Aillon, 2017). En effet, les auteur.ice.s identifient pour les producteurs du secteur privé lucratif un conflit d'intérêts entre la nécessité d'augmenter ses profits et la réduction du matériel et des médicaments en circulation. Iels proposent de rendre la recherche *open-source*.

***Réduire et recycler*** - La seconde mesure serait d'appliquer les préceptes de Serge Latouche au système de santé, c'est-à-dire de réduire les ressources utilisées et de recycler celles dont on ne peut pas se passer (Aillon et Dal Santo, 2014). Pour cela, certain.e.s auteur.ice.s suggèrent de passer par une meilleure formation sur ces sujets dans les curriculums des formations des professionnels de santé (Bednarz et Spady, 2010, Missoni, 2015, Borowy et Aillon, 2017). Un plus grand recours aux médecines alternatives est également préconisé (Aillon, 2014, Aillon et D'Alisa, 2020, Missoni et Galindo, 2020). C'est d'ailleurs le type de médecine dont on retrouve régulièrement la promotion dans la revue *S!lence*. Certains articles laissent planer le doute sur la position du journal quant à certaines positions éthiques par rapport à l'administration de chimiothérapie contre l'accord des parents pour des enfants atteints du cancer (S!lence, 1995).

*Coordonner le processus à grande échelle* - Missoni (2015) souligne l'importance pour la distribution équitable des ressources en santé qu'une institution nationale, voire internationale coordonne la mise en place d'un système de santé décroissant. Pour Borowy (2013), l'une des raisons qui explique la préservation de la bonne santé des Cubains dans les années 90 est d'une part, un système de santé très solide avant la crise, et d'autre part la priorisation de la part du gouvernement du maintien de ce système via des ressources allouées dans ce but et une coordination nationale de la coopération intersectionnelle.

Pour offrir des soins de santé équitables dans un système décroissant, les chercheurs proposent des actions gouvernementales et citoyennes centrées sur la prévention et l'amélioration des conditions de vie; sur l'autonomisation des personnes et des collectivités; et sur la diminution des ressources mobilisées pour les soins (Büchs et Koch, 2019). L'idée générale est de diminuer les besoins en soins curatifs afin de faire baisser la demande en ressources humaines, matérielles et énergétiques (Missoni, 2015). Cependant, plusieurs éléments compliquent la réalisation de ce programme.

## **2.2 Difficultés**

On a vu que pour pouvoir offrir des soins de santé soutenables, c'est-à-dire que l'on soit encore capable d'en fournir aux générations futures, et équitables, c'est à dire que l'on soit en mesure d'en faire bénéficier l'ensemble de la population mondiale, une décroissance du système de santé est nécessaire. On peut se demander quels sont les freins qui empêchent ce virage. Les différent.e.s auteur.ice.s ayant écrit sur le sujet en ont identifié plusieurs : un manque de volonté des usagèr.e.s et du milieu d'une part, et un manque de solutions concrètes d'autre part.

*Frein de la part des personnes* - La décroissance met la question de l'autonomie au cœur de ses solutions. Cependant il n'est pas certain qu'en ce moment, notre société soit prête à plus d'autonomie. On a vu plus haut que pour être capable de fournir des soins de santé équitables pour tous et toutes dans le monde et pour les années à venir, il serait peut-être nécessaire de baisser nos attentes en matière d'espérance de vie et de confort (Aillon et Dal Santo, 2014; Büchs et Koch, 2019). Pour Büchs et Koch (2019), il n'est pas certain



que les personnes accepteraient de ne pas observer une amélioration, même minime de l'espérance de vie et cela nécessiterait un renversement de certaines valeurs culturelles et sociales fortes. De plus, il existe peu de preuves concernant les résultats sur le bien-être d'une société décroissanciste. Le seul article qui donne un exemple concret de système de santé décroissant traite de la crise de Cuba dans les années 90 : l'auteur de cet article n'est pas allée sur place et se sert de sources secondaires. De plus, si elle montre que dans l'ensemble, la santé de la population a l'air d'avoir bien été préservée durant cette crise, elle convient aussi que d'une part l'émigration massive durant cette période peut être un indicateur selon lequel la situation a été mal vécue par nombre de Cubains, et que d'autre part la gestion de la crise était totalitaire, ce qui diffère de l'idéal décroissant. Ce manque de preuve empirique peut expliquer la réticence des populations et des politiques à s'engager en faveur de la décroissance. Les personnes sont inquiètes des conséquences négatives de la décroissance sur leur bien-être.

***Frein de la part du milieu*** - Un des freins majeurs à l'instauration d'un système de santé décroissant pourrait provenir du milieu lui-même. On peut identifier trois éléments qui décourageraient le milieu d'essayer de faire décroître le système de santé. Premièrement, la surmédicalisation, voire l'acharnement thérapeutique est réalisé généralement de bonne foi par le personnel médical, qui désire offrir les meilleurs soins possibles, quitte à pathologiser des conditions normales d'existence (Missoni et Galindo, 2020). Ensuite, une réduction du matériel utilisé et des soins offerts nécessiterait des changements importants des systèmes d'assurance et de rémunération des professionnels. Il est possible que les associations et les lobbys du secteur de la santé soient contre de tels changements (Aillon et Borowy, 2017). Enfin, dans un système déjà à bout de souffle, une réorganisation peut être perçue comme une menace (MacNeill et al., 2020). L'enjeu de la réutilisation du matériel est un bon exemple pour illustrer le problème. On a vu que le système de santé utilise de plus en plus de matériels à usage unique : ils sont considérés comme plus sécuritaires, malgré l'absence d'études allant dans ce sens, en plus d'être plus rentables pour les manufacturiers (MacNeill et al., 2020).

***Tensions*** - La littérature portant sur la décroissance et la santé reste majoritairement dans le domaine théorique, ce qui n'est pas étonnant considérant qu'il s'agit d'imaginer le futur d'un système de santé, et non de décrire la situation actuelle. Hensher (2023), relève cependant un certain nombre d'éléments qui gagneraient à être développés par la recherche dans ce domaine. Il identifie 5 aspects qui mériteraient d'être creusés : la préservation de la technologie médicale, le rôle de l'État, la transformation de l'industrie

pharmaceutique, le changement de culture nécessaire et l'identification de solutions déjà existantes. C'est sur ce dernier point que nous allons nous pencher à l'occasion de ce mémoire.

### **2.3 Conclusion**

Il faut noter que cette revue de littérature ne prend pas en compte un certain nombre de textes clés : la littérature grise portant sur le sujet, car une très grande partie est seulement disponible en version papier de l'autre côté de l'atlantique, et la littérature scientifique et grise portant sur la soutenabilité du système de santé, car il s'agit d'un tout autre pan de la recherche qui aurait pu constituer un travail à part. Ces quelques pages portent spécifiquement sur la décroissance et la santé, et on peut relever quelques points de repère. Premièrement, les auteur.ice.s suggèrent de redéfinir notre idée de la santé en mettant l'emphase sur le préventif par rapport au curatif et d'utiliser comme point de référence pour évaluer l'efficacité du système la distribution équitable des soins, à travers le globe et pour les générations futures. Deuxièmement, iels suggèrent de développer l'autonomie des usagè.e.s, en les plaçant au cœur du processus décisionnel mais aussi au cœur de la pratique. Enfin, iels préconisent la diminution des ressources utilisées en santé grâce à une réorganisation du système de santé et à une évolution des mentalités et des formations en santé. Cependant, plusieurs sujets restent à être développés, notamment la documentation d'initiatives existantes dont on pourrait s'inspirer. **Dans le cadre de ce mémoire, nous avons donc décidé d'illustrer le cas d'un commun de santé.** En effet, il s'agit d'une sorte d'organisation qui peut aider à développer l'autonomie des membres sur le plan de la santé (Aillon et d'Alisa, 2020) et qui, selon le cadre théorique présenté en introduction développé par Yves-Marie Abraham (2019) est compatible avec une société décroissante.

## **CHAPITRE 3 – UN COMMUN DE SANTÉ, QU'EST-CE QUE C'EST ?**

### ***CADRE CONCEPTUEL***

Lors de notre revue de littérature portant sur la décroissance et la santé, nous avons pu constater que les chercheur.euse.s se rejoignent sur un certain nombre de lignes directrices : valoriser la médecine préventive et réduire les inégalités socio-économiques, développer l'autonomie des usagè.e.s, et réduire l'usage de ressources en santé. Cependant, les exemples d'initiatives concrètes sont rares. Hensher, lors de sa recension des écrits portant spécifiquement sur le sujet en 2023, reproche aux auteurs décroissancistes de rester très théoriques et appelle à des solutions concrètes plutôt qu'à un vague recours aux communs. Cet appel au commun est pourtant une des pierres angulaires de l'approche théorique décroissanciste développée par Abraham (2019), mobilisée ici, et peut selon moi représenter une solution concrète, si elle est bien illustrée. Cette recherche portait au départ sur *comment offrir des soins de santé dans un système décroissanciste*. Suite à ma revue de littérature, devant le besoin de fournir plus d'exemples d'initiatives concrètes qui peuvent appuyer les recherches théoriques portant sur la décroissance et la santé, j'ai décidé de travailler plus spécifiquement sur les communs de santé. Si les communs de santé font partie de la solution pour offrir des soins de santé équitables, on peut se demander, ce qu'est exactement un commun de santé ? Ce chapitre vise à apporter des éléments de réponse à cette question. Dans un premier temps, nous définirons le concept d'autonomie, central à celui de commun avant de nous pencher sur le concept de commun en lui-même. Dans un deuxième temps, nous préciserons ce que nous entendons par commun de santé, en cherchant à identifier les aspects d'un commun de santé que l'étude d'un cas concret pourrait nous aider à illustrer et expliciter. Un commun est rarement une forme "pure", qui correspond parfaitement à sa définition, mais plutôt une démarche, une dynamique qui s'oppose à une forme dominante d'organisation, l'entreprise bureaucratique. Afin de nous outiller dans notre analyse, nous décrirons donc ce que nous entendons par entreprise bureaucratique.

### **3.1 Le concept d'autonomie**

Le mouvement de la décroissance met de l'avant l'importance de développer l'autonomie des personnes, entendue donc non pas comme une autonomie individualiste, mais plutôt collective, basée sur la démocratie et sur l'autoproduction (Abraham, 2019). L'autonomie est un concept clé de la décroissance mais de quelle autonomie s'agit-il ?

Nous nous basons ici sur deux définitions, celle que Castoriadis développe en 1975 par rapport à l'autonomie du point de vue de la société dans son ouvrage *L'institution imaginaire de la société* et celle développée par Illich en 1975 du point de vue de la production dans son ouvrage *Némésis médicale*. Berlan en 2022 dans son ouvrage *Terre et liberté* explore les raisons qui rendent l'autonomie indésirable pour une partie de la société.

Castoriadis nous offre des clés pour comprendre ce que peut représenter le concept d'autonomie d'un point de vue sociétal. Il distingue l'autonomie individuelle de l'autonomie collective. La première correspond à "la domination du conscient sur l'inconscient". Atteindre l'autonomie individuelle, cela signifie donc se libérer du discours de l'Autre, du discours imposé par la société et ressenti comme sien. Il s'agit cependant d'un objectif impossible à accomplir, et cette autonomie n'est jamais atteinte : il s'agit d'un processus d'autonomisation constant qui pousse le sujet à se demander au quotidien : "Cela est-il bien vrai ? Est-ce vraiment mon désir ?". L'autonomie collective, celle qui nous intéresse ici, signifie quant à elle de se doter d'institutions qui permettent l'intégration des personnes concernées aux processus décisionnels sur les sujets qui les concernent. Elle ne signifie pas la disparition des institutions, mais plutôt de créer des institutions qui répondent aux trois souhaits suivants : 1. "Je demande de pouvoir participer directement à toutes les décisions sociales qui peuvent affecter mon existence" ; 2. "Je désire qu'autrui soit libre car ma liberté commence là où commence celle de l'autre" ; "Je veux que la société cesse d'être une famille mais devienne un réseau d'adultes autonomes" (Castoriadis, 1976, p.139). Pour Castoriadis, l'auto-organisation est le moyen le plus efficace pour porter un projet de société propre à tous. La dimension collective est essentielle : c'est à l'échelle des masses que peut se réaliser ce projet de société qui vise l'autonomie de tous. Cette autonomie passe par l'autolimitation : "Une société vraiment libre, une société autonome, doit savoir s'autolimiter, savoir qu'il y a des choses qu'on ne peut pas faire ou qu'il ne faut même pas essayer de faire ou qu'il ne faut pas désirer." (Castoriadis, novembre 1996). Pour Berlan (2016), ce qui explique l'adhésion ou le rejet de cette conception de l'autonomie est lié au rapport qu'une société ou qu'un individu entretient avec le concept de liberté. Selon l'auteur, on distingue aujourd'hui deux conceptions de la liberté qui s'opposent. La première repose sur un fantasme de délivrance, sur la suppression de la pénibilité et de l'effort, sur la suppression de toute limite, alors que la deuxième repose sur une volonté d'autonomie, de se prendre

en charge. On a donc d'une part la liberté comme délivrance du fardeau de la vie, de la souffrance et des responsabilités et d'autre part l'idéal d'autonomie comme liberté qui comprend la capacité à se prendre en charge, individuellement et collectivement plutôt que d'en confier la responsabilité à des institutions. Pour Berlan (2021), le soutien d'une large majorité de la population au capitalisme industriel s'explique grâce à la prépondérance chez à peu près tout le monde de ce fantasme de délivrance qui correspond à la première vision de la liberté présentée. Pour lui, ce fantasme de délivrance fait miroiter une vie sans travail pénible, sans souffrance ni maladie et explique la popularité du développement industriel. En effet, le développement économique a longtemps été rêvé, vécu et justifié comme une émancipation à l'égard de la misère et des formes personnelles de domination, c'est-à-dire des limites de la nature et des contraintes de la vie communautaire, donc comme la condition de toute émancipation. Pourtant, cette recherche de libération du travail n'est non seulement pas viable d'un point de vue écologique, mais elle est aussi injuste d'un point de vue social : c'est souvent les sans-voix (agriculteur.ice.s, autochtones, habitant.e.s des pays du Sud) qui paie le prix de ce mode de vie confortable pour une partie de la population. C'est à cette conception de la liberté déresponsabilisante que s'oppose la vision décroissanciste de l'autonomie, qui propose aux personnes et aux collectivités de développer une autonomie politique qui fait se reposer sur les individus les décisions qui les concernent.

L'autonomie politique n'est pas possible sans une autonomie matérielle. Sur le plan concret de la production, pour Illich, la production autonome repose sur des techniques traditionnelles, gratuites ou peu coûteuses qui peuvent être utilisées de manière autonome (Illich, 1975).

C'est à cette conception de la liberté déresponsabilisante que s'oppose la vision décroissanciste de l'autonomie, qui propose aux personnes et aux collectivités de développer une autonomie. Pour atteindre une autonomie qui soit collective et qui permette aux individu.e.s de répondre à leur besoin grâce à des techniques simples et peu coûteuses, voire gratuites, la solution, selon Abraham (2019), reposerait sur les communs, comme on le verra plus bas.

## 3.2 Qu'est-ce qu'un commun ?

### 3.2.1 Étymologie

Étymologiquement, le terme *commun* vient du latin *cum* et *munus*, et désigne à la fois ce qui est “mis en commun” et ceux qui ont des “charges en commun”. Le *commune* latin implique une réciprocité liée à l'exercice de responsabilités publiques (Dardot et Laval, 2014, p. 27). Pour les deux auteurs, cela mène à une piste de définition du principe politique du commun qu'ils offrent selon ces termes : “Il n'y a d'obligation qu'entre ceux qui participent à une même activité, à une même tâche.” C'est la co-activité qui mène à l'obligation réciproque (Dardot et Laval, 2014, p. 28).

### 3.2.2 Écueils lors de la définition

Lorsque vient le temps de définir le commun, Dardot et Laval mettent en garde contre trois écueils : théologique, juridique et philosophique. Premièrement, il ne faut pas confondre “commun” et “bien commun”. Pour les auteurs, la notion de “bien commun” est historiquement une notion théologico-politique liée à la domination de l'État et de l'Église sur le peuple. Confisquée par les autorités (état, experts, Église) qui se présentent comme uniques garantes du bien commun, cette notion devient antidémocratique (Dardot et Laval, 2014, pp. 30-38). Deuxièmement, le “commun” n'est pas synonyme de “chose commune” et ne doit donc pas être réifié, c'est-à-dire cantonné au rôle de simple objet comme une forêt, un jardin communautaire, une rivière, etc. Héritée du droit romain, la notion juridique de chose commune est une tendance naturaliste qui attribue à certaines choses par nature inappropriables : elles sont donc communes. Pour Dardot et Laval, cette définition n'a que peu d'utilité car il s'agit d'une constatation qui, en reconnaissant la nature inappropriable d'un objet, reconnaît aussi l'absence de responsabilité juridique à son encontre. Ils donnent pour exemple les grands fonds marins ou l'espace extra-atmosphérique, qui en appartenant à tout le monde, se sont finalement protégés par personne (Dardot et Laval, 2014, pp. 39-49). Enfin, le commun ne doit pas se confondre avec les choses *que nous avons en commun*. Les choses ou les qualités que nous avons en commun ont pu à travers le temps être considérées d'une manière péjorative (dans le sens de vulgaire ou d'ordinaire) ou ont pu être au contraire valorisées (valorisation du caractère universel propre à l'humanité), mais dans un cas comme de l'autre, pour les

auteurs, cette conception du commun comme une chose partagée entre tous n'aide pas vraiment à sa définition (Dardot et Laval, 2014, pp. 50-59). Or, pour eux *le commun est à penser comme co-activité, et non comme co-appartenance, co-propriété ou co-possession (p.60)*.

### 3.2.3 Deux écoles de pensée

Une fois écartés les plus gros risques de malentendus, il s'agit de plonger plus finement dans la définition de cette *co-activité*. De nombreux.e.s chercheuses se sont penchés sur la définition des communs, qui sont un sujet de recherche très populaire. Selon Furukawa Marques et Durand Folco (2023), les travaux à ce sujet peuvent être classés en deux catégories : ceux qui s'inscrivent dans la lignée de l'École de Bloomington et ceux qui étudient les communs du point de vue de leur relation au capitalisme.

L'approche de l'École de Bloomington est issue des travaux de Ostrom et de son équipe. Ces recherches montrent qu'il existe de nombreux exemples qui montrent comment des ressources peuvent être gérées, utilisées et partagées équitablement par un groupe de personnes. Les communs ne sont pas uniquement des ressources communes mais se caractérisent par un mode de gouvernance. Selon la chercheuse (Ostrom, 2010), cette gouvernance se caractérise ainsi : les appropriateurs font face à des situations complexes, doivent se montrer fiables et constituent un groupe assez homogène. Les règles opérationnelles diffèrent selon les cas, mais Ostrom identifie sept principes nécessaires pour assurer la stabilité et la durabilité d'un projet de communs : 1) la propriété et l'utilisation de la ressource sont limitées en nombre d'utilisateurs; 2) différentes règles d'appropriation s'appliquent selon les communs; 3) la plupart des individus concernés par les règles opérationnelles peuvent participer à leur modification; 4) la ressource est surveillée; 5) des sanctions graduelles s'exercent envers les contrevenants; 6) des mécanismes de résolution de conflits rapides existent; et 7) les règles sont reconnues par les autorités externes.

Cet axe de recherche sur les communs éclaire le fait qu'il existe une troisième voie en dehors de la classique opposition entre propriété publique et propriété privée, et donc entre la fourniture de biens et de services par l'entreprise privée ou par l'État. Cependant, le rapport au capitalisme n'est pas évoqué, ce qui laisse supposer que cette forme organisationnelle est compatible avec l'économie dominante.

C'est principalement sur ce dernier point que portent les critiques de la deuxième école de pensée sur les communs. Pour les critiques de l'École de Bloomington comme Dardot et Laval, Federici ou De Angelis, les communs sont une forme spécifique d'organisation sociale anticapitaliste qui cherche à augmenter le pouvoir des citoyen.ne.s et à rendre possible un futur postcapitaliste. Ces auteurices montrent qu'aujourd'hui, le degré de confort et de consommation de la société occidentale repose sur la destruction du monde, l'exploitation des populations vulnérables et le pillage de leurs ressources : travail domestique des femmes, *cheap labor* des populations des pays du Sud, extractivisme. Pour atteindre un mode de vie soutenable et juste, le partage entre toutes des activités nécessaires au maintien de la vie, c'est-à-dire des activités de subsistance est nécessaire (Federici, 2022, Bennholdt et Mies, 2022). Cette répartition des tâches de reproduction est possible grâce à la création de communs. Selon cette approche, les communs sont des moyens de collectiviser le travail reproductif pour permettre aux un.e et aux autres de coopérer, de prendre soin de soi et des autres, et de la terre. Ils peuvent prendre la forme de cuisines et de jardins collectifs, de connaissances partagées (Federici, 2022). Pour Bennholdt et Mies (2022), n'exigeant pas de rémunération, le travail effectué afin de produire la vie devrait être l'activité la plus valorisée, davantage que de gagner de l'argent. Accepter ce mode de vie n'est possible que si les hommes participent autant que les autres personnes impliquées dans ce processus au travail de subsistance et que celui-ci soit plus reconnu que le travail salarié dans la société.

#### 3.2.4 Définition du commun choisie

Étant donné notre cadre théorique de la décroissance, il nous a semblé cohérent, parmi toutes les définitions existantes, de nous baser sur celles qu'Abraham et Fourier (2023) utilisent, la définition de Bollier selon laquelle un commun est "*une ressource + une communauté + un ensemble de règles sociales*. Ces trois éléments doivent être conçus comme formant un ensemble intégré et cohérent." Les auteur.ice.s enrichissent cette définition en spécifiant à propos des règles sociales qu'elles obéissent à quatre principes : *autoproduction, communalisation, démocratisation, coopération*, principes développés par Yves-Marie Abraham (2019).

*Autoproduction* - Les personnes qui se rassemblent pour créer un commun cherchent à répondre par elles-mêmes et pour elles-mêmes à un besoin, quel qu'il soit. Pour Abraham et Fourier, (2023), cette *autoproduction* s'effectue sans l'aide de marchandise et vise



l'autonomie. Pour Berlan (2021), tel que mentionné plus haut, l'idéal d'autonomie comprend la capacité à se prendre en charge, individuellement et collectivement, ce qui suppose un minimum d'indépendance matérielle, de maîtrise directe de ses conditions de vie et de travail d'autre part afin de pouvoir se libérer du système capitaliste et des institutions qui le soutiennent. Pour Bihouix (2015), cela demande d'être réaliste, courageux et radical. Concrètement, cela signifie choisir les *low tech* et donc adopter une démarche de questionnement. *Pourquoi produit-on* : questionner intelligemment nos besoins de manière démocratique. *Que produit-on* : repenser la conception des objets pour qu'ils soient recyclables et surtout allonger leur cycle de vie car la circularité implique toujours une perte. *Comment produit-on* : ramener la production à échelle humaine, relocaliser et revaloriser l'artisanat.

*Communalisation* - Les moyens utilisés pour répondre à ce besoin, qu'ils soient matériels ou immatériels ne doivent pas être appropriables, c'est-à-dire que ces moyens échappent à la propriété individuelle, mais aussi collective. Le collectif entretient une responsabilité vis-à-vis de ces moyens et les partage équitablement entre ses membres.

*Démocratisation* - L'organisation et la répartition des moyens créés par le regroupement sont mis en place de manière démocratique, une personne = une voix. Cela implique de mettre de côté l'idée que certains hommes ont des qualités spéciales qui les prédestinent à gouverner : la connaissance, la richesse, la naissance (Rancière, 2005) et de former les personnes à la solidarité et à la responsabilité civique (Bouchkin, 2019).

*Coopération* - Constituer des communautés solidaires et entretenir des relations significatives fait partie de la nature humaine. Cependant, nous sommes tiraillés entre deux aspirations ontogénétiques (constitutives de l'être) contradictoires : le désir d'autonomie, de liberté, d'*être soi*, et celui de faire société, d'*être avec* (Généreux, 2008). Les communs doivent viser à résoudre cette opposition en permettant aux individus d'être libres ensemble. Leur fonctionnement repose sur l'entraide entre les membres, c'est-à-dire la coopération et les rapports de dons, d'aide mutuelle directe ou indirecte, et excluent les rapports de domination et d'exploitation, y compris le salariat. Ils doivent viser à résoudre cette opposition en permettant aux individus d'être libres ensemble.

Pour résumer, le commun est une forme d'organisation collective avec laquelle les membres cherchent à répondre par eux-mêmes à un ou plusieurs de leurs besoins (Dardot et Laval, 2015). Les membres sont responsables des moyens mis en œuvre pour répondre à leurs besoins sans en être propriétaires. Les décisions concernant le commun sont prises

démocratiquement et les rapports au sein du collectif sont basés sur l'entraide et sur la réciprocité (Abraham et Fourier, 2023).

Une fois énoncées ces caractéristiques, il est plus facile de comprendre ce qu'est un commun grâce à des exemples. Abraham et Fourier (2023) en offrent plusieurs. On peut penser par exemple aux *Amis du champ des possibles*. Cet OBNL est constitué de riverains du quartier du Mile-End, à Montréal, et son objectif est de veiller au bon entretien de l'espace public le "Champs des possibles", une ancienne friche ayant appartenu au Canadien Pacifique, la compagnie des chemins de fer canadiens. Cette association constituée de personnes qui jouissaient de l'espace vert lorsqu'il appartenait encore au Canadien Pacifique a obtenu son rachat par la ville de Montréal et a négocié sa co-gestion en partenariat avec la ville. On voit l'aspect de communalisation, d'autoproduction et de démocratisation présent au sein des actions du collectif. L'entraide est également au cœur de son fonctionnement, car l'entretien de cette oasis urbaine est possible grâce à l'implication bénévole des membres de ce commun. La bibliothèque d'outils *La remise* est un autre bon exemple de commun. Cette coopérative de solidarité à but non lucratif a pour objectif de permettre à ses membres (aujourd'hui plus de 5000), de réparer ou fabriquer elleux-même ce dont iels ont besoin. L'autoproduction est centrale à leur projet. Pour cela, des outils sont disponibles au prêt, les membres ont accès à des ateliers et à des formations : il s'agit de ressources communalisées. La coopérative de solidarité fonctionne de manière démocratique, toutes les parties prenantes font partie du Conseil d'administration et peuvent prendre part aux décisions, et chaque membre a un droit de vote. Enfin, cette organisation repose encore une fois sur le travail bénévole et l'entraide entre les membres (Abraham et Fourier, 2023). Collectifs d'entretien et de protection d'un espace vert, bibliothèques d'outil, groupes de mobilisation sociale, coopératives d'habitation : les communs sont protéiformes ! De plus, si les exemples mentionnés au-dessus respectent les quatre critères établis par Abraham et Fourier, ce n'est pas toujours le cas, de nombreux communs se rapprochent de l'idéal type dans l'atteindre, une ou plusieurs des dimensions pouvant être plus faibles.

### **3.4.1 L'entreprise bureaucratique en opposition au commun**

Plusieurs auteurs mettent en avant l'importance de ne pas opposer commun et type de propriété (propriété privée par exemple), mais de plutôt opposer commun et capitalisme (Gibson-Graham et al., 2016, Remme et Harstaad, 2022). Mais si la propriété privée n'est pas l'aspect le plus caractéristique du capitalisme, de quoi s'agit-il ? Pour Weber (1922), c'est la bureaucratie qui caractérise un des aspects les plus centraux du capitalisme. Nous opposerons donc ici le commun à l'entreprise bureaucratique, qu'elle soit privée ou publique.

### *La bureaucratie chez Weber*

Pour Weber (1922), la bureaucratie est caractéristique des organisations modernes et on la reconnaît grâce à une série d'éléments. Premièrement, l'organisation bureaucratique est régie par des règles fixes, impersonnelles, "elle réussit complètement à éliminer de l'activité officielle l'amour, la haine et tout ce qui, étant purement personnel, irrationnel et émotionnel, échappe au calcul". Ce fonctionnement impersonnel, bien que déshumanisant, permet d'éviter le favoritisme et d'autres formes de dérives issues de la domination personnelle qui peut naître dans les structures moins formelles. Le rayon d'action de chaque fonction est délimité et nécessite des compétences précises. Les postes de pouvoirs nécessitent une formation longue et poussée, sanctionnée par des examens. Cela restreint l'accès de certains postes à des personnes, mais cela permet également d'éviter que des personnes non qualifiées se retrouvent à effectuer des tâches inadéquates pour elles, ce qui est particulièrement important dans le domaine de la médecine. La vie privée et la vie professionnelle sont cloisonnées. Enfin, les décisions sont archivées. Pour Weber (1978), la bureaucratie caractérise la domination rationnelle et légale. Il s'agirait de la méthode de contrôle et d'organisation la plus efficace. Cette technique permettrait avec une violence physique minimale de faire fonctionner des services à grande échelle de la manière la plus objective possible, débarrassée de tout affect et favoritisme. La domination rationnelle et légale repose sur une série de postulats : n'importe quel droit peut-être instauré rationnellement, et est constitué d'un ensemble de règles abstraites, décidées de manière intentionnelle et qui ne vont pas à l'encontre du règlement du groupe. Dans ce type de structure, celui qui donne des ordres ou celui qui obéit agit donc dans un cadre impersonnel, il est simplement assujéti au règlement et doit se circonscrire à au cadre règlementaire. La domination rationnelle est organisée autour d'une activité continue réalisée au sein d'une autorité constituée par une hiérarchie administrative. Ici, une autorité constituée désigne une institution (grande entreprise

privée, armée, église, État, etc) au domaine de compétence délimité, qui a les pouvoirs de réaliser ses missions et qui peut exercer une coercition pour faire appliquer ses règles dans son champ de compétence. La hiérarchie administrative est l'organisation de contrôle et de surveillance entre supérieurs et subordonnés au sein de cette autorité constituée. Les règles qui organisent le fonctionnement de l'autorité constituée peuvent être des règles techniques ou des normes, mais dans les deux cas il est nécessaire d'avoir reçu une formation professionnelle pour pouvoir les faire appliquer. La structure la plus dominante de la direction administrative est celle du "fonctionnariat" ou de la "bureaucratie". L'avantage de ce type d'organisation est

Dans son ouvrage *The utopia of the rules*, publié en 2015, Graeber met en avant le fait que si la droite critique la bureaucratie comme caractéristique des État-providence mal organisés et inefficaces, la bureaucratie est en fait intimement liée au développement du capitalisme, comme l'expliquait Weber presque un siècle plus tôt. Pour lui, la bureaucratie s'est développée à la fin du XIXe siècle, en même temps que le développement des grandes entreprises. La bureaucratie d'Etat et celle de l'entreprise, peu différentes au départ, se sont intrinsèquement liées dans de nombreux secteurs. Les formalités administratives du privé étant obligatoires en raison des règlements de l'État, eux-même créés souvent sous l'impulsion du secteur de l'entreprise. La financiarisation du monde qui s'accélère dans les années 80 opère un changement de culture important : la croyance que la richesse et la réussite dépendent du travail des individus est remplacée par la croyance que ce sont ses investissements judicieux en capital qui déterminent son succès. À partir de ce moment, les techniques bureaucratiques dans les milieux financiers ont pu déteindre sur le reste de la société : évaluation du rendement, focus-groupes, étude sur le temps de travail, etc (Graeber, 2015). On voit ici que la bureaucratie n'est pas l'apanage d'un secteur public inefficace comparé à un secteur privé efficace.

Si on reprend notre idéal-type de commun décrit plus haut, qui repose sur l'autoproduction, la communalisation, la démocratisation et la coopération, l'entreprise bureaucratique semble s'opposer en tout point au commun. En effet, loin de favoriser l'autoproduction, l'organisation bureaucratique rassemble des personnes qui produisent pour d'autres qu'elles-mêmes des biens ou des services. Les moyens (tangibles ou intangibles) mis en œuvre pour produire ces biens ou ces services font l'objet d'une appropriation (à titre privé ou à titre public) et ne sont pas communalisés. Les décisions

prises au sein de cette collectivité ou de ce groupement de production sont prises par des dirigeants, nommés selon leurs compétences, et relayées, puis exécutées par des professionnels spécialisés. Enfin, loin d'être basés sur l'entraide, les rapports entre les membres de ce groupement sont des rapports hiérarchiques, obéissant à des règles et des normes établies rationnellement.

### **3.3 Les communs de santé**

#### **3.3.1 Définition de la santé**

Une fois défini les concepts de commun et d'entreprise bureaucratique, on peut se demander ce qu'est plus spécifiquement un commun de santé, et pour cela il faut commencer par définir la santé. L'Organisation Mondiale de la Santé définit la santé comme suit : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (Organisation Mondiale de la Santé, 1946). Santé Canada se base sur la même définition (De la santé publique du Canada, 2008), tandis que au Québec, la loi sur la Santé Publique, sans définir explicitement le concept de santé, vise : le maintien et l'amélioration de la santé physique, mais aussi de la capacité psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu (Loi sur la santé publique, RLRQ, c. S-2.2). Selon ces définitions, la santé serait donc un état de bonne santé physique mais aussi mentale et sociale, qui permet aux personnes d'agir dans leur milieu tout en étant dans un état de bien-être. Un commun de santé permettrait donc à un groupe de personnes de répondre à leurs besoins en matière de santé, c'est-à-dire les aiderait à conserver un bon état de santé physique et mental tout en développant leur agentivité par rapport à leur milieu.

#### **3.3.2 Le commun de santé**

Considérant comment les communs peuvent être protéiformes, et à quel point cette définition de la santé englobe beaucoup d'aspects, un commun de santé pourrait probablement autant être un laboratoire de vaccin, comme le suggère un groupe de chercheuses (Coriat et al., 2023), qu'un groupe d'Alcooliques Anonymes ou une clinique autochtone comme la Clinique Minowe ou encore une chaîne (humaine, pas une entreprise) de massage (à visée thérapeutique). Cependant, le peu de recherche sur le sujet nous empêche d'identifier des exemples. Ce travail est donc un travail exploratoire

qui vise à illustrer grâce à une étude de cas ce que peut être un commun de santé, afin de participer à la création d'exemples concrets qui peuvent représenter des pistes en vue d'une décroissance du système de santé qui soit équitable et désirable. Les initiatives retenues : 1) s'inscriraient dans la perspective de commun développée par Yves-Marie Abraham (2019) et 2) suivraient les grandes lignes des caractéristiques d'un système de santé compatible avec la décroissance, tel qu'identifié dans la revue de littérature. Il s'agirait donc d'une initiative constituée d'une ressource, d'une communauté et d'un ensemble de règles, dont le fonctionnement serait basé sur l'autoproduction, la communalisation, la démocratisation et la coopération. Ses objectifs en matière de santé (suivant la revue de littérature présentée au chapitre précédent) seraient la valorisation de la prévention, de la réduction des inégalités et des changements de mentalité considérant notre rapport à la médecine. L'autonomie des bénéficiaires, tant sur le plan de la pratique que de la prise de décision, serait au cœur de son projet, et le résultat serait une diminution des ressources utilisées, une déprivatisation, l'équité entre les membres et une belle synergie entre un système autonome et hétéronome.

Devant le peu de travaux sur le sujet, mon travail cherche donc, à répondre à des questions assez simples : à quoi peut ressembler un commun de santé ? Comment fonctionne-t-il ? Quelles tensions peuvent le traverser ? Est-il reproductible ? Avant de répondre à ces questions, il semble toutefois également pertinent d'établir ce que le commun n'est pas, afin de nous donner des balises pour nous aider dans notre analyse.

Dans le cadre de ce travail, nous avons donc cherché à identifier une organisation qui nous semble correspondre à la définition d'un commun de santé décrite plus haut, pour ensuite la décrire et l'analyser en nous servant du cadre d'analyse développée ici, tout en prenant en compte les éléments bureaucratiques présents dans son fonctionnement et en étudiant comment ces éléments influent sur l'organisation choisie. On a vu qu'un commun, c'est avant tout un processus, une dynamique, et pour cette raison, nous cherchions une organisation avec une histoire assez longue pour pouvoir analyser l'évolution et les tensions auxquelles peut faire face un commun au fil des années. Comme mentionné plus haut, il aurait été intéressant d'étudier de nombreux types d'organisation différents, mais notre choix s'est porté sur la Clinique Communautaire de Pointe-Saint-Charles, en raison du fait qu'elle existe depuis maintenant plus de 50 ans,

et qu'elle a déjà fait l'objet de plusieurs recherches, à la lecture desquelles il nous semblait qu'elle pouvait être assimilée à un commun.

## CHAPITRE 4 –

### MÉTHODOLOGIE

#### 4.1 Rappels des objectifs de recherche

Suite à notre revue de littérature portant sur la décroissance du système de santé, nous avons remarqué qu’il y avait très peu d’études sur des initiatives concrètes illustrant des pratiques de soins qui peuvent s’inscrire dans une vision décroissante de la santé. L’objectif de cette recherche est donc de participer à la création de connaissances sur le sujet en effectuant une recherche sur une organisation qui pourrait s’insérer dans cette perspective. Pour cela nous avons décidé d’essayer de décrire en détail un commun de santé. Dans un premier temps, cela signifie définir ce que nous entendons par commun de santé, ce que nous avons fait dans le chapitre précédent. Ensuite, le deuxième objectif est d’essayer d’identifier une organisation qui pourrait se rapprocher de cet idéal-type, et d’étudier son fonctionnement afin de déterminer dans quelle mesure cette organisation se rapproche d’un commun de santé, afin d’étoffer la littérature portant sur ce sujet qui manque d’exemples concrets. Enfin, d’un point de vue plus large, si la description de l’organisation choisie réussit à identifier et à décrire un commun de santé, cette recherche vise à montrer que, loin de devoir inventer un nouveau modèle à partir de rien, il est possible de s’inspirer de ce qui existe déjà pour développer un modèle de soin de santé qui soit plus soutenable et plus juste.

#### 4.2 Étude de cas

Étant donné que le concept de commun de santé est très peu développé, l’étude de cas semblait la plus indiquée, afin de permettre une première exploration de ce phénomène. Il a été difficile de choisir quelle organisation étudier. Les groupes d’entraide entre pairs de type groupe d’entendeurs de voix, ou groupe d’alcooliques anonymes par exemple, étaient des options qui ont été envisagées. La coopérative de solidarité SABSA et la clinique Minowé du centre d’amitié autochtone de Val D’Or ont également été des options. Mais notre choix s’est finalement porté vers la Clinique Communautaire de Pointe-Saint-Charles car la Clinique est située à Montréal, existe depuis plus de 50 ans,



a déjà été le sujet d'un certain nombre de recherches qui laissent croire que ce serait un cas intéressant pour étudier un potentiel commun de santé (Mariette et Piti, 2021, Plourde, 2021). Pour réaliser cette étude de cas, nous utiliserons l'approche monographique. En effet, la monographie est considérée comme un outil très complet pour décrire un objet d'étude, elle permet de manière classique l'étude en profondeur d'un cas en particulier. La limite de cette méthode est qu'il n'est pas possible de généraliser les constatations issues de l'étude : il faudrait pour ça réaliser une étude intra-cas. (Hamel, 1989) L'analyse de cette monographie et des entretiens qui la complète, au regard du cadre d'analyse présentée dans le chapitre précédent, nous permettra d'établir si la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles constitue un commun de santé tel que nous l'entendons.

#### 4.2.1 Méthode d'enquête

**Méthodes de collecte des données** - Cette recherche a été réalisée grâce à une analyse de contenu (Jauch et collab., 1980) et à 10 entretiens semi-dirigés. Cette méthode permet de comprendre en profondeur la perception des individu.e.s par rapport à une situation, grâce à un échange d'une certaine durée (Hesse-Biber et Leavy, 2011). Un guide d'entrevue a été construit afin d'établir ces différents thèmes et les questions à aborder (voir annexe B). J'ai eu l'occasion de participer à trois événements publics de la Clinique : un café-causerie autour des enjeux du réchauffement climatique à la Pointe, une fête de quartier et l'assemblée générale annuelle 2024, ce qui m'a permis de discuter de manière informelle avec des habitant.e.s et d'observer un peu comment la Clinique interagissait avec ses membres et les habitant.e.s du quartier.

**Source des données** - Les données proviennent de plusieurs sources. Dans un premier temps, l'analyse de contenu a été réalisée grâce à l'étude de plusieurs monographies et articles scientifiques traitant de la Clinique ainsi que des données sur le quartier dans lequel elle exerce ses activités. Nous avons également étudié tous les rapports de gestion publique et les rapports annuels de la Clinique de 1973 à 2023, ainsi que les infolettres et les publications informatives. Nous avons également eu accès à un certain nombre de procès-verbaux du Conseil d'Administration, ainsi que des documents de travail de l'équipe de la Clinique entre 2000 et 2013. Enfin, nous avons étudié son code d'éthique,

son plan d'organisation, son règlement de régie interne, son site Internet et son formulaire d'adhésion des membres. La liste complète de ces documents est disponible en annexe. Dans un second temps, nous avons complété notre analyse grâce à des données issues de 10 entrevues réalisées en ligne ou en personne. Ces entrevues ont été enregistrées (audio et parfois vidéo) puis retranscrites. Nous avons également participé à trois événements publics organisés ou co-organisés par la Clinique : un café-causerie sur les changements climatiques à Pointe-Saint-Charles, le FestiPointe et l'assemblée générale 2024 de la Clinique.

**Sélection des participant.e.s** - Les critères d'inclusion des personnes approchées pour participer à cette recherche étaient leur implication auprès de la Clinique de Pointe-Saint-Charles et leur intérêt à participer à cette recherche. Elles peuvent être employées, usagèr.e.s, membres du Conseil d'Administration. Elles peuvent aussi ne pas être liées à la Clinique mais la connaître et travailler soit dans le système de santé ou bien auprès d'une administration liée à la Clinique comme l'arrondissement auquel appartient la Clinique. Les personnes exclues sont les personnes ne connaissant pas la Clinique, ou bien les personnes qui la connaissent, mais qui ne sont pas liées à celle-ci, ou au système de santé, ou à une administration qui travaille en collaboration avec la Clinique.

On peut classer les participant.e.s rencontré.e.s en trois catégories : les employé.e.s (actuel.le.s ou ancien.ne.s), les usagèr.e.s et les membres du Conseil d'Administration. Les premièr.e.s participant.e.s ont été contacté.e.s par courriel, suite à une première référence qui provenait de la Clinique. Les autres participant.e.s m'ont été référé suite à la recommandation des premiers participant.e.s, selon la méthode *boule de neige*.

**Déroulement des entrevues** - Le lieu de l'entrevue a été déterminé par les participant.e.s, avec pour seule condition qu'il s'agisse d'un endroit tranquille. Certaines entrevues se sont déroulées à la Clinique, d'autres, en ligne, d'autres encore chez les personnes directement. Les rencontres ont duré entre 1 h et 1 h 45. Les entretiens ont été enregistrés sur téléphone ou sur enregistrement *teams* lorsque les entrevues avaient lieu en ligne.

**Démarche éthique de la recherche** - La présente recherche, afin de s'assurer du respect des personnes, de leur bien-être et de la justice, suit les règles et préceptes stipulés par le comité éthique à la recherche (CER) de HEC Montréal. Avant chaque entrevue et

observation, les membres de l'équipe se sont assurés d'obtenir le consentement éclairé du répondant par rapport à l'enregistrement de leur entrevue, l'analyse de celle-ci et la divulgation des résultats d'analyse. Le consentement a été à nouveau obtenu oralement au début et à la fin de l'entrevue, et le but de l'étude, la façon dont les données vont être utilisées, la durée approximative de l'entrevue, le niveau de confidentialité lors de la diffusion des résultats a été également expliqué au répondant. Les enregistrements sont conservés dans un endroit sécurisé.

Les risques liés à cette étude sont relativement faibles. Les participant.e.s n'ont aucune obligation de participer à la recherche. Toute participation est volontaire. Il s'agit d'une réflexion théorique sur les similitudes et les différences entre la Clinique Communautaire de Pointe Saint-Charles et un commun de santé, la Clinique est au courant de cette recherche et collabore à son bon déroulement. Bien que l'analyse des données anonymise les noms des participant.e.s au projet, les participant.e.s sont au courant que, considérant le faible nombre de personnes passées en entretien, il est possible que ces personnes soient identifiées par des lectrices qui connaissent bien la Clinique et son équipe. Il a été validé avec les participant.e.s qu'ils étaient bien au courant de cela et confortables avec la situation.

**Analyse des données** - Les entrevues ont été analysées à l'aide d'un codage multithématique. Il s'agit de coder le matériel étudié en respectant trois principes. Il faut d'abord choisir des thèmes en assez grande quantité pour pouvoir traiter le matériel de manière riche, mais pas trop structurée. Les différents thèmes doivent être assez hétérogènes. Les extraits d'entretiens codés peuvent être placés dans une ou plusieurs thématiques : l'intérêt est de pouvoir comparer les extraits d'entretien entre eux pour identifier des similitudes ou des différences (Ayach et Dumez, 2011). L'objectif n'est pas de pouvoir coder et analyser de manière objective toutes les unités de sens mais de pouvoir trier le matériel étudié de manière à être capable de l'appréhender dans sa globalité (ibid).

**Assurance de qualité** - L'analyse de contenu couplée à 10 entrevues nous permet de produire un travail de qualité. Le guide d'entretien a été révisé entre chaque entretien, afin d'affiner la pertinence des questions. La monographie et l'analyse tirée de cette recherche a été ensuite relue par un autre chercheur (mon directeur de mémoire), mais

aussi par deux employé.e.es de la Clinique de Pointe-Saint-Charles, ce qui constitue notre méthode de triangulation afin de solidifier les données de nos analyses finales afin d'asseoir la crédibilité de notre travail (Belk et Wallendorf, 1989).

### **4.3 Posture de la chercheuse**

Cette partie exposant une posture de recherche personnelle, il sera écrit à la première personne du singulier. Ce travail s'inscrit dans une démarche de recherche compréhensive. L'approche compréhensive part du principe que les situations de recherche étudiées sont le fruit de l'interaction de trois facteurs. D'une part, chaque situation est liée à un contexte socio-historique spécifique. D'autre part, la subjectivité et l'individualité de chaque personne rencontrée est unique, et est issue de ses interactions entre ce milieu socio-historique et ses expériences personnelles. Enfin, le chercheur ou la chercheuse qui étudie une situation est également une personne avec une subjectivité qui lui est propre, qui transforme le milieu avec lequel elle interagit autant qu'elle est transformée par lui. La reconnaissance que le résultat d'un travail de recherche n'est pas seulement affecté par le sujet étudié, mais l'affecte également en retour. Cette posture de recherche part donc du principe que le résultat d'une recherche est une interprétation du monde, co-construite entre les chercheuses et les actrices de la situation étudiée (Schurman, 2009). Cette co-construction m'a amené à modifier mon cadre théorique au fur et à mesure que ma recherche avançait, notamment en développant l'opposition du commun à l'entreprise bureaucratique.

Adopter une démarche compréhensive vient avec une double responsabilité : d'une part un enjeu éthique, il faut se demander à quoi sert ce travail, et d'autre part il est important que ce travail soit appropriable par les actrices qui ont participé à sa création (Schurman, 2009). J'adopte ici cette démarche de recherche, et espère ainsi réussir à me rapprocher de la figure de la "chercheuse solidaire" décrite par Piron en 1996, qui se soucie du monde, accepte de partager son travail avec les autres et d'assumer les conséquences du partage de celui-ci.

Le paragraphe suivant est écrit sur un ton plus personnel. Il s'agit d'une mise en garde à l'intention du lecteur ou de la lectrice de ce mémoire qui devra prendre en compte, en lisant ce travail, les éléments de mon histoire personnelle qui ont forgé certains de mes

biais. Deux éléments me semblent importants à considérer : mon rapport à la médecine et mon rapport au collectif. Mon grand-père et ma grand-mère sont tous les deux médecins : je n'ai jamais eu à aller chez le médecin avant mes 18 ans, à part un bref séjour à l'hôpital étant jeune en raison d'un bras cassé. Je me faisais vacciner à la maison et je les appelais simplement quand j'avais une question d'ordre médicale. Ils ont participé à mai 68, et sont tous les deux féroce­ment contre l'industrie pharmacologique. J'ai donc été élevée dans une culture médicale où les soins étaient ultra-accessibles, les médicaments uniquement prescrits en cas d'urgence, une approche globale basée sur l'activité physique et la nutrition était adoptée, et où la privatisation du système était sévèrement critiquée. Selon moi, ces éléments éclairent deux aspects de mon biais analytique. Premièrement, le fait que je n'ai pas eu à me frotter au système de santé fait que je connais mal les différents modèles existants à part à travers mes lectures qui sont souvent orientées vers la décroissance et ont une posture critique. Deuxièmement, le modèle originel de la clinique était déjà une approche avec laquelle j'étais un peu familière et tout au long de ma recherche, je n'ai jamais remis en question l'approche de santé adoptée par la Clinique. C'est une organisation que j'ai admirée d'emblée, et ce travail n'est pas un travail impartial : en l'étudiant, je souhaite défendre le modèle de la Clinique. Par rapport au collectif, mes expériences au sein de plusieurs collectifs ont teinté mon analyse et je risque d'avoir projeté un certain nombre de problématiques ou de constats rencontrés dans ma pratique personnelle sur mes analyses de la clinique. Cela aurait pu à la fois enrichir cette recherche ou bien l'appauvrir. J'espère que la relecture par d'autres de mon travail (spécifiquement de personnes impliquées à la Clinique) aura permis de faire pencher la balance du côté de l'enrichissement.

## **CHAPITRE 5 - MONOGRAPHIE**

Alors que la première partie du mémoire a consisté à présenter une critique du système de santé et une analyse théorique/normative inspirée de l'approche des communs et de la

décroissance, ce chapitre présente un point de vue historique et descriptif sur la trajectoire longue d'un commun de santé la Clinique Communautaire de Pointe-Saint-Charles, dont les détails permettent de mettre en relief les caractéristiques de cette organisation en tant que commun de santé.

Cette monographie est basé sur plusieurs sources : les rapports annuels disponibles, des archives de *la Voix Populaire*, le journal local du Sud-Ouest, publié entre 1946 et 2008, des articles scientifiques paru au sujet de la Clinique et deux monographies : *Pointe Saint-Charles : un quartier, des femmes, une histoire communautaire* écrit par le Collectif CourtePointe et publié chez les éditions du remue-ménage en 2006 et *Qui sommes-nous pour être découragées* écrit par Pascale Dufour et Lorraine Guay publié chez écosociété en 2019. Ces éléments ont été complétés par quelques entretiens (10) et de la documentation provenant du personnel de la Clinique : PV de réunion du conseil d'administration, listes des luttes de la Clinique composées à l'occasion d'un événement spécial, etc. : des documents de travail. Tous ces éléments donnent un aperçu parcellaire de l'histoire de la Clinique. Il ne s'agit pas d'une histoire complète, il manque des éléments, tous les points de vue des personnes impliquées n'ont pas été récoltés, il s'agit uniquement d'une perception de l'histoire de la Clinique au regard du sujet qui m'intéresse, les communs de santé.

## **5.1 POINTE-SAINT-CHARLES, UN QUARTIER OUBLIÉ**

### *Évolution du quartier*

Le quartier Pointe-Saint-Charles, où est située la Clinique communautaire, est un quartier historique de Montréal, faisant partie de l'arrondissement de Le Sud-Ouest et mesurant 4,5 km<sup>2</sup>. Placé dans le Sud-Ouest de l'île de Montréal, il est aujourd'hui délimité par le fleuve Saint-Laurent au Sud, le Canal Lachine au Nord, l'autoroute 15 à l'Ouest et l'autoroute Bonaventure à l'Est (RIL Comité Logement de Pointe-Saint-Charles, 2024). On peut distinguer 4 grandes périodes différentes qui caractérisent son évolution : avant l'arrivée des colons, l'arrivée des colons, le développement industriel et la période post-industrielle contemporaine. Appelé au départ *Teiontiakon*, le territoire du quartier de Pointe-Saint-Charles était au départ un marais, lieu de chasse et de pêche de la nation

Kanien'kehá: ka (Mohawk) (Kruzynski, 2019). Puis, avec l'arrivée des colons au cours du XVIIe siècle, le territoire est divisé en concessions où s'érigent des fermes, principalement dirigées par des communautés religieuses (Ville de Montréal, 2015). Le début du XIXe siècle voit la construction du Canal Lachine, qui sera successivement agrandie, bouleverser complètement l'avenir du quartier. Ce canal permet aux bateaux de contourner les dangereux rapides de Lachine pour pouvoir facilement desservir Montréal en marchandise et connecter commercialement le bas et le haut Canada. La construction puis les agrandissements du canal demandent une main d'oeuvre importante mais peu qualifiée et qui accepte de travailler pour peu. C'est alors les immigrants Irlandais qui constituent la majorité des travailleurs sur ces chantiers. En plus d'être une voie de transport maritime, le canal permet l'utilisation de l'énergie hydraulique, ce qui marque le début du développement industriel du quartier. De nombreuses manufactures s'installent sur les bords du canal, attirées par cette nouvelle source d'énergie et la main d'oeuvre bon-marché (Parc Canada, 2022). Pointe-Saint-Charles devient un quartier ouvrier très peuplé : en 1930 la population compte 30 000 personnes (RIL Comité Logement de Pointe-Saint-Charles, 2024). La désindustrialisation s'amorce suite à la crise économique des années 30, qui est suivie de l'ouverture d'une voie maritime dans le Saint-Laurent en 1959 puis de la fermeture du canal Lachine à la navigation. Entre 1967 et 1988, plus de 16 000 emplois disparaissent, le quartier subit un important exode et en 1991, on ne compte plus que 13 000 habitants dans le quartier (Ville de Montréal, 2015). En parallèle de cette précarisation, des citoyens s'organisent et le mouvement communautaire se développe afin de répondre aux besoins de plus en plus nombreux des habitants du quartier, fragilisés par les pertes d'emplois (Ville de Montréal, 2015). Depuis les années 2000, on observe un changement de dynamique dans le quartier. Les bords du canal se transforment, des condominiums sont construits et une nouvelle population, plus aisée, plus diplômée fait son apparition (Action-Gardien, 2016).

La population de Pointe-Saint-Charles est aujourd'hui composée d'environ 15 000 personnes; elle est plus jeune que sur le reste de l'île de Montréal. En effet, les 25-39 ans représentent 42 % de sa population, contre 25 % dans le reste de l'île, tandis que les personnes de 65 ans et plus représentent uniquement 11 % de sa population, contre 16 % sur le reste de l'île).

Constituée en plus grande partie de personnes d'origine québécoise (80 % contre 66 % à Montréal), elle est également plus pauvre : 28,6 % des personnes vivent sous le seuil de faible revenu, contre 21,3 % à Montréal. Le nombre de familles monoparentales y est aussi plus élevé : 46 % contre 32 % (CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, 2021). Le quartier est en processus d'embourgeoisement (*gentrification*) et on observe une disparité socioéconomique de plus en plus importante entre les différents ménages (RIL et Action Gardien, 2021). C'est dans ce contexte qu'opère la Clinique Communautaire de Pointe-Saint-Charles, née au courant des années 60, dans le mouvement du développement communautaire .

## 5.2 1968 - 1973 : NAISSANCE DE LA CLINIQUE, UNE UTOPIE RÉELLE

À la fin des années 1960, durant la Révolution tranquille, des comités de citoyens se mobilisent dans les quartiers populaires pour améliorer leurs conditions d'existence (Baillergeau, 2007). Inspirés par les *free clinics* et par l'approche de santé communautaire états-uniennes, certains médecins et étudiants en médecine décident de remettre en cause le modèle de la médecine libérale, c'est-à-dire du paiement à l'acte et de la hiérarchie du domaine médical (Mariette et Pitti, 2021). Issue de ce mouvement, la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles voit le jour en 1968, à l'initiative d'étudiants en médecine, en soins infirmiers et en sociologie de McGill préoccupés par l'absence de services de santé dans le quartier. Bien qu'elle ne soit pas directement créée par des citoyens, elle est très rapidement dirigée par un conseil d'administration composé d'habitants du quartier.

L'approche en santé de la Clinique critique l'importance accordée à la santé curative par rapport à la santé préventive. Pour les défenseurs du modèle de santé communautaire, les conditions socioéconomiques de vie déterminent l'état de santé des citoyens, plutôt que l'accès à un médecin. Ils remettent en question le rôle prépondérant du médecin dans les soins de santé ainsi que la reconnaissance sociale et économique que ceux-ci obtiennent. Ainsi, ils préconisent une déprofessionnalisation et une démocratisation de la médecine.

\* La déprofessionnalisation i.e. l'accès, pour les citoyens du quartier, à la compétence, à la technique, etc... par des voies autres que les filières traditionnelles et uniques de l'Université et de la Corporation.



*Un des objectifs de la Clinique en 1973 Extrait du rapport annuel de la Clinique de 1973,*

Cela implique notamment de former les citoyens à accomplir certains actes médicaux, de donner plus de responsabilités aux infirmières, de prendre des décisions collectivement ainsi que de rémunérer les personnes en fonction de leur charge de travail et de leurs besoins familiaux (Plourde, 2013). Ainsi, durant les années 70, à l'exception des postes de professionnels de santé de médecins et d'infirmières, tous les postes sont occupés par des gens du quartier, qui n'ont pas de formation professionnelle officielle. Une partie des prises de sang sont effectuées par une femme du quartier qui était reconnue pour être plus habile que les infirmière ! De plus, les pratiques infirmières sont alors inspirées de ce qui se faisait au Nord du Québec, et suite à une formation spécifique, les infirmières pouvaient diagnostiquer et traiter certaines maladies et pratiquer des examens gynécologiques (Dufour et Guay, 2019). Les travailleurs sortent dans la rue et dans les parcs pour faire de la prévention et du dépistage. De ce fait, ils prennent la mesure des mauvaises conditions de vie des citoyens. En travaillant en collaboration avec les autres organismes du quartier, la Clinique aide les comités de citoyens à s'organiser et soutient la création de groupes qui luttent dans des domaines tels que l'éducation, le logement et la jeunesse. La Clinique devient un incubateur de projets de prévention en santé : soins dentaires, soins des yeux, pharmacie communautaire, etc. Les médecins et infirmières couvrent alors certains actes médicaux simples effectués par des travailleurs du quartier, comme des prises de sang (Le Collectif CourtePointe, 2006).

### **Exemple de projet : la Pharmacie communautaire**

En 1972, les citoyen.ne.s et la Clinique souhaitent mettre en place une pharmacie communautaire. En effet, les médicaments sont chers et payés à même les budgets de la Clinique, et l'usage des médicaments ainsi que leurs effets sont beaucoup discutés dans les groupes. Après une campagne d'information et de nombreuses réunions de cuisine, la pharmacie, parfois appelée pharmacie communautaire, parfois appelée pharmacie populaire, ouvre en janvier 1973, dirigée par le pharmacien Jean Thibault. Au départ dirigé par un CA citoyen, le CA est par la suite composé d'employé.e.s (Lambert-masson, 1978). Le local est simple, et à la place de publicités qui encouragent la consommation de produits pharmaceutiques, se trouvent des pancartes d'information. L'une des particularités de la pharmacie est le temps que les employé.e.s dédient aux usagèr.e.s, les interactions sont l'occasion de discuter autant de médicaments que d'autres

sujets. Ses objectifs politiques sont de soutenir les luttes de la Clinique et la philosophie qui l'anime est à la fois anticapitaliste et sociale (Lambert-masson, 1978). La pharmacie effectue un gros travail de sensibilisation dans le quartier pour encourager les personnes à acheter des médicaments génériques, moins chers et aussi efficaces que les médicaments de grandes marques (Collectif CourtePointe, 2006). Par son organisation autogérée et le partage des décisions avec les citoyen.ne.s, et par la sensibilisation aux enjeux liés aux médicaments, la pharmacie populaire de Pointe-Saint-Charles vise à développer l'autonomie de ses usagers (Dumais, 2005).

On voit que lors de sa création, la Clinique semble correspondre à notre idéal-type de commun décrit plus haut. Bien qu'elle ne soit pas créée par des citoyen.ne.s, elle valorise l'autoproduction, elle inscrit même dans ses principes de départ la déprofessionnalisation. En garantissant l'accès à tous.te.s à des soins et des médicaments gratuits ou abordables, elle communalise l'accès aux soins. La démocratisation est un élément essentiel de son fonctionnement, elle est dirigée par un CA composé de citoyen.ne.s du quartier. Enfin, sans la coopération, ce projet ne pourrait pas exister : les travailleur.euse.s acceptent un salaire plus bas que la moyenne parce qu'ils veulent soutenir les habitant.e.s du quartier, et les habitant.e.s font du bénévolat pour soutenir la Clinique.

\*\*\*

### **5.3 PREMIÈRES TEMPÊTES**

#### **Lutte pour son autonomie**

En 1973, le ciel se couvre pour la Clinique. Le gouvernement s'inspire du modèle des cliniques populaires pour créer les centres locaux de services communautaires (CLSC), et transformer du même coup les-dites cliniques en CLSC. Cela peut paraître comme une bonne nouvelle pour améliorer l'accès aux soins à la population du Québec, mais cela signifie retirer leur autonomie aux dites cliniques. Après une année de mobilisation et de négociation, la Clinique obtient gain de cause. En 1974, lors de la création des CLSC, elle réussit à obtenir le statut de CLSC, tout en conservant son indépendance : elle continue à être gérée par les citoyen.ne.s. L'obtention du statut de CLSC, si elle sécurise un financement assuré, marque le début de l'institutionnalisation de la Clinique. Pour gagner en force lors des négociations avec le gouvernement, les travailleur.euse.s créent

un syndicat. Des tensions émergent lorsque le syndicat défend les intérêts des travailleurs et travailleuses, qui ne vont pas tous dans le même sens que ceux des citoyen.ne.s. Les augmentations salariales et la disparition de certains services créent des frictions avec certains citoyen.ne.s. Au fil des années s'instaurera cependant un équilibre et une communication qui permettront aux citoyens d'avoir confiance envers les syndicats, et une reconnaissance que les syndicats sont là pour appuyer les luttes citoyennes.

### **Lutte pour améliorer les soins**

Malgré sa transformation en CLSC, la Clinique, dirigée par les citoyen.ne.s, continue à poursuivre ses propres priorités, quitte à entrer en conflit avec le gouvernement. Par exemple, en 1977, la Clinique est en conflit budgétaire avec le ministère, qui refuse de valider son rapport financier car elle a utilisé une partie du budget alloué par le ministère pour offrir des soins dentaires et optométriques, ce qui n'est pas supposé faire partie de sa mission.

### **Lutte à l'interne**

Au cours des années 1970, des tensions naissent entre certains des travailleurs, qui sont aussi des militants anticapitalistes, et les citoyens, qui se sentent instrumentalisés par les militants. Ces conflits culminent lors de la crise de 1977-1979. Le rapport annuel de 1977 explique les tensions par le contexte même d'existence de la Clinique. Ce rapport s'ouvre sur un rappel des objectifs de la Clinique qui va comme suit :

L'objectif fondamental de la clinique communautaire de Pointe St-Charles est de: "faire le lien entre la maladie et le système capitaliste", cela dans tous ses services, ses programmes et ses actions. Cet objectif a été voté en assemblée générale il y a déjà quelques années. Il implique donc que la clinique est d'abord un instrument de lutte pour les citoyens du quartier afin de promouvoir la santé à Pointe St-Charles, parfois à un niveau individuel (par ses services) mais surtout à un niveau collectif.

*Extrait du rapport annuel de la Clinique, 1977*

On voit ici que l'objectif central de la Clinique - selon ce rapport - n'est ni d'offrir des soins individuels aux citoyens, ni de faire la promotion de l'amélioration de vie pour favoriser une meilleure santé, mais bien de viser un objectif politique anticapitaliste. D'ailleurs, l'annotation au crayon, montre la surprise du lecteurice devant l'affirmation selon laquelle cet objectif a été voté en assemblée générale. Plus loin, le CA fait état des paradoxes avec lesquels la Clinique doit composer : lutter contre un système tout en étant

un petit organisme local, faire de la prévention tout en assurant des services médicaux, offrir des services personnalisés mais en grande quantité... La phrase : *“Ce que l'on pourrait voir comme des problèmes, ne sont pas surtout dus au fait que les employés ne font rien ou que les citoyens ne comprennent rien, mais que ces contradictions sont surtout liées au type de projet que l'on s'est donné”*, laisse entendre que les difficultés de la clinique se situent entre le personnel et les citoyens, le premier trouvant que les citoyens ne comprennent pas, ou mal le projet de la Clinique, les seconds trouvant que le personnel n'offre pas assez de service. Le Conseil d'Administration dans ce rapport essaie d'éclairer que c'est un faux problème et que ces impressions sont liées au projet même de la Clinique, qui vise à la fois à offrir des soins tout en menant un projet politique. Concrètement, cet enjeu se traduit par une désorganisation interne et une perte de contact entre la Clinique et le quartier, qui ne participe pas beaucoup au projet de la Clinique. Pour pallier à ces problèmes, le CA décide d'organiser une mobilisation pour l'autonomie de la Clinique et l'octroi d'un budget approprié pour son fonctionnement de la part du ministère, ce qui permet de renouer des liens avec le quartier. Le CA réorganise également l'organigramme pour clarifier le rôle de chacun. La crise semble alors réglée. En octobre 1978, quelques semaines après un 10ème anniversaire fêté en grandes pompes, le conseil d'administration démissionne en bloc.

## Lettre ouverte: aux citoyens de Pointe St-Charles et aux employés de la Clinique

Montréal, 19 octobre 1978

Lettre ouverte:  
Aux citoyens de Pointe  
Saint-Charles

Aux employés de la Clinique

Cette lettre vous avise de notre démission du Conseil d'Administration de la Clinique Médicale et des comités. Elle vous donne les raisons qui nous y ont amenés.

Depuis l'assemblée du 5 avril nous avons été analysés de tous les bords: quelle tendance, quelle ligne politique, soupçonnés de complot, de vengeance personnelle, de vouloir agir en boss fascistes etc...

Pendant qu'on nous analysait, nous avons essayé de prouver que nous avions de l'allure, d'établir des relations franches avec les employés. Aujourd'hui le fossé est aussi grand, nous avons l'impression que c'est à nous de faire tout le chemin. Les coordonnateurs ne nous ont pas aidés sur ce plan.

Dernièrement nous avons pris une décision dif-

ficile au sujet d'un poste de personne - ressource pour les travailleuses communautaires. Les employés ne se sont pas contentés de demander de revenir sur notre décision, mais ils nous ont suggérés de tous être présents et qu'il n'y aie pas d'abstention lors du vote. Nous n'avions jamais eu l'idée de nous mêler de démocratie syndicale, faisant confiance aux employés pour cela.

A la clinique, on n'accepte pas les conséquences de la participation des citoyens, le risque d'avoir des points de vue différents, d'avoir un processus de décision plus lent, de prendre des décisions qui ne plaisent pas, le risque que nous prenions de mauvaises décisions, de faire des erreurs.

Ce que nous avons fait, nous l'avons fait au meilleur de nos connaissances. Qu'on accepte donc que nous regardions avec nos yeux, qu'on respecte notre cheminement, notre rythme. Ce serait peut-être plus lent, mais plus vrai.

Déjà il y a eu l'"affaire Kennedy", mais à ce moment il y en avait pour rappeler au personnel la place du C.A., le respect des citoyens.

Le 5 avril c'était un cri des citoyens pour être respectés au niveau des soins et de leur cheminement politique. On en avait assez des gens qui veulent sauver les ouvriers malgré eux. On n'en voulait plus du monde pour les ouvriers, mais du monde avec les ouvriers. On en avait assez du monde qui ont leur solution, leur ligne pour la classe ouvrière: ce n'est pas nécessaire d'être du groupe "M.L." pour avoir cette attitude paternaliste et méprisante. On peut être contre les "M.L." et avoir la même attitude méprisante.

"Si ça prend des professionnels sur le C.A., ce n'est pas ma place." "Je me sens méprisé." C'est la réflexion de quelques-uns d'entre nous.

Au fond, la plupart des coordonnateurs et plusieurs employés, nous préfèrent l'ancien C.A. Pour

ne pas que le prochain C.A. aie le même sentiment de façade (front), il faudrait peut-être que ces employés choisissent le prochain C.A. et le fassent simplement accepter par les citoyens. Ce serait à l'envers mais plus clair pour tout le monde. Qu'on dise aussi que les coordonnateurs sont les représentants des employés, leurs portes-paroles.

En démissionnant, qu'on ne nous accuse pas d'achever la clinique vers un C.L.S.C. comme le veut la "Ligue". C'est à ceux qui refusent une vraie participation des citoyens qu'il faut lancer l'accusation.

Nous sommes tannés d'être des soldats qui doivent suivre les stratégies des généraux.

Le jeu de marionnettes est fini, les ficelles sont coupées.

Hélène Boucher  
Bob Showers  
Gérald Guimond  
Huguette Tessier  
Carole Andrews  
Jules Paradis  
Fernand Duchesne

*Lettre ouverte du CA publié dans le journal La Voix Populaire le 24 octobre 1978*

Dans une lettre ouverte publiée dans le journal local Voix Populaire, ils dénoncent le climat de non-confiance et le contrôle du personnel de la Clinique sur le CA. Le 27 novembre suivant, un comité organise une assemblée générale pour réélire un CA et rappelle dans son rapport les conditions de succès de la Clinique :

#### CE QUE LA CLINIQUE A FAIT:

Depuis 10 ans, la Clinique s'est toujours développée grâce à une association entre des familles de travailleurs du quartier et des travailleurs de la santé. Ceux qui ont accordé de l'importance seulement aux professionnels de la santé ou juste aux citoyens n'ont pas fait long feu.

Le progrès ne s'est pas fait en ligne droite et calmement. Il y a eu des succès, des erreurs, des répétitions d'erreurs, puis finalement des solutions trouvées ensemble. Les félicitations, toujours nombreuses qui nous sont parvenues, sont allées de pair avec des critiques des gens du quartier, et des attaques à nos droits de la part des politiciens locaux, des fonctionnaires et des gouvernements. Pour survivre, nous n'avons jamais pu nous appuyer sur le gouvernement en place tant Libéral, Union nationale, P.Q. qui nous ont flattés seulement.

Ce qui fut gagné l'a été d'arrache-pied, par l'union solide des citoyens et des travailleurs de la Clinique à travers une série de négociations "plattes" et longues (faut le faire), de batailles petites et grosses, des luttes ardues comme celle que nous menons maintenant encore pour notre indépendance, pour de meilleurs soins, pour la prévention...

*Extrait du rapport du 27 novembre 1978.*

Un nouveau CA est élu, qui examine le fonctionnement de la Clinique et note plusieurs problèmes d'organisation et de confiance. Après des échanges sur les causes de ces problèmes, c'est au tour des coordinateurs de démissionner en bloc à l'exception de Jean-Guy Dutil qui revient sur sa décision suite à une pétition de citoyen.ne.s. Après ces événements mouvementés, le CA décide de repenser l'objectif de la Clinique, qui devient celui-ci, ce qui restera la mission de la Clinique au moins jusqu'en 2014, date à laquelle elle disparaît des rapports annuels :

**La Clinique communautaire de Pointe St-Charles est un organisme de santé contrôlé par les citoyens dont l'objectif est d'organiser des services préventifs et curatifs et de regrouper les citoyens autour des questions de santé afin d'améliorer les conditions de santé à court et à long terme."**

*Extrait du rapport annuel de 1979*

Le CA adopte également le principe de co-gestion de la Clinique entre les employés et les citoyens, à condition de laisser une plus grande marge de manœuvre aux citoyens. De plus, le CA rappelle que pour que la clinique puisse effectivement être contrôlée par les citoyens, il faut que ceux-ci s'impliquent, ce qui est un enjeu déjà à cette époque.

Ces événements marquent le début des luttes identitaires et pour le maintien de l'autonomie de la Clinique, qui ne cesseront de s'accumuler jusqu'à aujourd'hui. On distingue déjà les trois types de luttes qui parsèment l'histoire de la Clinique depuis 50 ans : 1) les luttes pour son autonomie, 2) les luttes pour l'amélioration des soins de santé et 3) les luttes internes.

\*\*\*

## 5.4 LA CLINIQUE FACE AU NÉOLIBÉRALISME

La décennie des années 80 s'ouvre sur un climat plus calme que les années précédentes. Le syndicat et les citoyen.ne.s apprennent à travailler ensemble, dans un climat pas forcément facile mais moins tendu qu'avant. La confiance est renouée entre le CA et les comités de la Clinique, des rencontres régulières sont organisées. Le rapport de 1981-1982 énonce "La prochaine étape sera de nous refaire une vraie bonne image dans le quartier". En 1984, des critiques s'élèvent sur le fait que les employés ont le droit de vote en assemblée générale. L'année suivante, après des discussions entre le syndicat, les employés et le CA, le règlement est modifié et seuls les employé.e.s résident.es à Pointe-Saint-Charles gardent le droit de vote. Le CA travaille alors en collaboration avec le syndicat et l'équipe d'organisation communautaire à développer plusieurs projets au Québec mais aussi à l'international.

### **Mécanisme d'entraide et engagement social**

À la création de la clinique, les médecins sont salariés et moins bien payés que dans les CLSC, et la différence entre leur salaire et les revenus liés aux paiements à l'acte est injectée dans un fond social, destinée à réduire le coût des médicaments et à instaurer des projets novateurs pour le quartier. À partir du début des années 80, il sert aussi à financer une partie des salaires des médecins. À partir de 88, les médecins sont payés directement par la Régie de l'Assurance maladie, et le le fonds n'est donc plus alimenté par une partie de leur salaire. Un fond de médicament d'urgence est alors créé, géré en partenariat avec la pharmacie communautaire. Le Fond social change donc de fonction en 1990 pour servir à soutenir financièrement ou à financer des ententes de services des groupes

communautaires qui vise à améliorer les conditions de vie de la population à Pointe-Saint-Charles.

Au milieu des années 80, la Clinique s'engage principalement sur deux fronts : pour le front commun des assistés sociaux, et auprès des personnes âgées. Son engagement auprès des jeunes pour la parité pour l'aide sociale entre les moins de 30 ans et les plus de 30 ans signifie dégager une coordinatrice communautaire 3 jours par semaine pour appuyer le comité des assistés sociaux, assister médicalement un militant au cours de son Jeun de protestation. La clinique s'engage à rédiger une lettre d'appui, être présente lors de la conférence de presse et la manifestation du 15 juin 1985 pour le sujet, ainsi que de défrayer une partie des coûts de l'autobus de manifestation. En 1987-1988, le CA s'engage à signer automatiquement des certificats d'inaptitude pour les jeunes suivis par les intervenants de la Clinique, afin de leur assurer le maintien de leur aide sociale. Le 16 avril 1988, la Clinique participe à l'envoi de 4 autobus de la Pointe pour participer à une manifestation à Québec contre la réforme de l'aide sociale du ministre Paradis. Concernant son soutien aux personnes âgées, en plus d'animer divers programmes pour cette population, elle se bat contre la désindexation de la pensions vieillesse.

### **Difficultés à l'interne**

En parallèle de ces engagements, la Clinique vit à l'interne la "crise des médecins". En 1985-1986, en raison des salaires insuffisants, les médecins demandent à négocier leur salaires directement avec le gouvernement et non plus avec la Clinique, ce que le CA refuse, leur accordant une augmentation de 40 % au terme de ces négociations. 4 des 5 médecins décident alors de démissionner. Avec très peu de médecins travailleurs, la Clinique cherche des solutions : développer les formations sanitaires, faire connaître les ressources déjà existantes ailleurs, davantage intégrer les pratiques alternatives... L'année suivante, uniquement un médecin est présent à raison de 3 jours par semaine, ce qui ne suffit pas pour offrir les soins nécessaires à la population. Plusieurs options sont envisagées : que la Clinique n'accueille que les personnes en situation d'urgence et sur rendez-vous, 3 jours par semaine. Que la Clinique engage un étudiant en médecine, ou des médecins immigrés. Que la partie du fond social servant à payer les médicaments soit transférée au salaire des médecins. Les trois propositions sont adoptées. La loi n'autorise



pas à travailler avec des médecins immigrés, mais le Clinique obtient d'accueillir 2 étudiants stagiaires supervisés par l'hôpital de Verdun. La Clinique mettra également en place une entente avec l'Hôpital Juif, accueillant des résidents provenant de cet hôpital. De plus, le programme d'optométrie doit fermer pour cause de démission de l'optométriste. Il faut noter que le nombre de démission d'une manière générale est importante mais pas plus que les années précédentes, on note un roulement de 25 à 30 % du personnel par année. La situation fragile de l'équipe, assez instable, crée des tensions à l'intérieur, et une grosse partie de l'équipe de coordination démissionne durant l'année 1987-1988. Le CA monte alors un comité de gestion temporaire pour assurer la coordination des services et recruter une nouvelle équipe de coordination. C'est à ce moment que Jocelyne Bernier devient coordinatrice générale.

\*\*\*

## **5.5 CRISE DE CROISSANCE**

Jocelyne Bernier entre en poste suite à plusieurs années d'instabilité au sein de la Clinique, qui semble en partie dû au fait que la Clinique s'est agrandie sans changer sa structure et ses façons de faire. Un des chantiers du début de son mandat est donc de réussir à adapter la Clinique à sa crise de croissance. On note dès 1990 un moins gros roulement du personnel, mais une fragilisation financière de la Clinique, qui accumule deux déficits financiers consécutifs, en 1988-1989 et 1989-1990. En 1991, suite aux deux années consécutives de déficit, qui mènent à supprimer les soins dentaires curatifs et à réduire les soins à domicile non essentiels à destination des aînés, plusieurs mesures de redressement sont décidées par le CA, en consultation avec le personnel : meilleure vérification des comptes et coupures dans plusieurs postes : les heures supplémentaires en général, certains postes de secrétaires et d'accueil, certaines heures de travail communautaire et des contrats externes donnés en Agence pour le maintien à domicile. De plus, il est décidé de négocier avec le ministère pour que celui-ci absorbe le déficit accumulé, et devant les coupures budgétaires de l'État à venir, de négocier avec le syndicat la suppression de certains avantages et la création d'outils de gestion permettant de gagner du temps, notamment en informatisant une partie des processus.

Fin janvier 1992, le Ministère décide unilatéralement de changer le statut de la Clinique et d'en faire un CLSC régulier. Cela signifie élire un CA de CLSC, dont les citoyens constituent une minorité, et perdre l'autonomie décisionnelle de la Clinique citoyenne par rapport au ministère. Une assemblée générale extraordinaire est convoquée le 10 mars 1992, ou plus de 500 personnes se présentent. Suite à une forte mobilisation, la Clinique réussit à obtenir un amendement en juin 1992 et conserve son autonomie. L'année suivante est marquée par la négociation de la nouvelle entente avec le MSSS, qui, après d'âpres négociations, assure le même financement qu'un CLSC régulier à la Clinique tout en assurant son autonomie. Tant que le budget est respecté, c'est donc la Clinique qui peut décider des salaires des employé.e.s. Bien que la situation financière de la Clinique se soit stabilisée, celle-ci reste fragile.

En 1993, La Clinique entre dans un processus de restructuration interne. Dans le cadre d'une restructuration générale de l'organisation du personnel de la clinique, les postes et les conditions de travail des employé.e.s sont révisés, les salaires des professionnels ont été augmentés car ils étaient très loin de ceux du reste du reste du réseau de la santé, et ceux des non-professionnels ont été gelés car ils en étaient plus proches. L'ensemble du personnel reste moins payé que le reste du réseau.

Malgré ces évolutions, la Clinique conserve une participation citoyenne importante, un fort ancrage dans le quartier et un engagement pour les luttes en santé.

### **Participation citoyenne**

Le 28 novembre 1988, une assemblée générale est organisée durant laquelle se tiennent plusieurs ateliers. Ces ateliers, auxquels participent au moins 43 résidents de Pointe-Saint-Charles, font ressortir le sentiment des citoyens par rapport aux services de la Clinique à cette période-là. Il apparaît que bien que les citoyens soient satisfaits de l'approche de médecine familiale et trouvent important que les citoyens continuent à s'impliquer, ils aimeraient que les services médicaux soient plus accessibles. En raison du manque de stabilité de l'équipe des médecins, cela convient à la majorité des citoyens d'être suivis plutôt par une infirmière si cela assure un meilleur suivi de leur dossier. La

proposition de continuer les luttes en santé, spécifiquement celles concernant le maintien du soutien aux aînés à domicile et celles de la parité de l'aide sociale pour les jeunes est adoptée à majorité. Une citoyenne, Thérèse Dionne, qui s'est impliquée sur un CA d'un CLSC et à la Clinique, fait remarquer que la principale différence entre les deux structures est la capacité des citoyens à s'impliquer dans la décision des orientations et des priorités de la Clinique. Il est également noté que les deux assemblées organisées sous forme d'ateliers sont appréciées par les participant.e.s (CCPSC, 1990).

### **Ancrage dans le quartier**

Par ailleurs, les priorités de la Clinique à la fin des années 80 sont de mieux rejoindre les jeunes, engager un travailleur de rue pour réussir à rejoindre la frange de population qui ne vient pas à la Clinique et créer une Clinique jeunesse. Il est aussi adopté que la Clinique s'engage sur des questions d'aménagement du quartier pour améliorer la qualité de vie des résidents. Il est discuté de la nécessité de gérer conjointement avec la pharmacie communautaire un fond d'urgence de médicament, maintenant que le fond de médicament n'existe plus, faute de ressources suffisantes. Dès l'année suivante, un travailleur de rue est engagé, un dialogue est établi avec les directions des écoles pour étudier quelles ressources seraient nécessaires dans les murs des établissements, et la Clinique participe à la création d'une école-entreprise dans le Sud-Ouest pour soutenir l'indépendance des jeunes. Elle instaure aussi un nouveau fond de médicament d'urgence. De plus, devant les besoins de la population en santé mentale, elle continue ses difficiles négociations avec l'Hôpital Douglas, spécialisé en santé mentale, elle organise une pétition des différents organismes communautaires et fait des démarches auprès du Conseil Régional de la Santé et des Services Sociaux. Il est clairement énoncé dans ce rapport de 1990 "Nous espérons que tous ces efforts auront un résultat fructueux bientôt, sans quoi nous devons prendre des mesures plus décisives".

### **Engagement en santé**

La Clinique se positionne également pour le respect du droit à l'avortement et contre le projet de loi C-43 qui vise à re-criminaliser l'avortement, et dépose un mémoire contre la réforme des services de santé et de services sociaux, qui commence à se préparer. La décennie des années 90 voit le réseau de la santé subir des compressions importantes qui impactent directement la Clinique. Le projet de loi 120, la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (chapitre 42 des Lois du Québec de 1991) qui vise à établir une

relation partenariale entre le réseau et les organismes communautaires, inquiète le CA, qui considère que bien que reconnaître les groupes communautaires dans la loi soit un pas dans la bonne direction, rediriger les urgences mineures et les CLSC, et décharger une partie du travail communautaire effectué par les CLSC vers les groupes communautaires sans une augmentation des ressources, est un danger pour le bien-être de la population.

\*\*\*

## **5.6 VIRAGE AMBULATOIRE ET CRISES SUBSÉQUENTES**

En 1995 s'amorce le virage ambulatoire. Afin de désengorger les hôpitaux, le MSSS décide de fermer des établissements hospitaliers et rediriger les patients vers les CLSC et les soins à domiciles, mais sans accompagner ces changements de budgets équivalents au travail supplémentaire. Voyant s'alourdir le fardeau des organismes de santé sans qu'ils aient plus de moyens, la Clinique tente une mobilisation, qui échoue. Elle se fait demander d'assurer de nouveaux services sans augmentation de budget, ce qu'elle refuse. Elle refuse également d'accueillir du personnel externe provenant de certains des hôpitaux fermés, car cela aurait mis en danger les employées de la Clinique, dont les conditions d'emplois sont plus fragiles que celles des employé.es du secteur public. Le volume des demandes de soin augmente considérablement : on passe de 28 930 actes prodigués en 1993-1994 à 39 807 actes en 1996-1997 pour atteindre 61 601 actes en 1998-1999, avec un budget qui ne suis pas la cadence et augmente au compte goutte (voir tableau 1). Dès 1996, le CA tire la sonnette d'alarme, le rythme de travail n'est pas soutenable sur le long terme et il s'inquiète de la difficulté à offrir des projets de prévention dans ces conditions. L'année 97-98 représente la dernière année de la première partie du plan de restructuration du réseau, et le ministère demande à la Clinique de couper ses dépenses de 123 000 \$. Suite à d'âpres négociations, elle parvient à faire descendre cette coupure à 21 000 \$. Le virage ambulatoire alourdit énormément le travail de l'équipe de soutien à domicile, qui se trouve avec beaucoup de cas, et des cas plus lourds. La clinique manque de personnel. Un tribunal populaire avec Françoise David, Mira Cree et Waren Allman à titre de juges a été organisé par Action gardien, auquel 250

à 300 personnes ont participé. Le ministre de la santé est “condamné” à venir passer une journée à Pointe-Saint-Charles écouter les citoyens, la demande lui est acheminée. De plus, en alliance avec les CLSC des faubourgs et d'Hochelaga, la Clinique forme la Bande des trois et mène une campagne pour que le ministre reconnaisse que les besoins sont plus grands dans les quartiers défavorisés (ou l'espérance de vie, par exemple à Pointe-Saint-Charles, est 10 ans plus basse que dans le reste du Québec).

La Clinique fait alors face à un déficit qui inquiète une partie du personnel, de plus en plus d'employé.e.s démissionnent et il manque d'infirmières. Devant ces difficultés, Lorraine Guay, grande militante et ancienne travailleuse de la Clinique, réintègre pour 1 an le CA. Les enjeux de stabilisation de l'équipe vont en s'aggravant et entre l'automne 1998 et l'automne 1999, la Clinique doit gérer 25 démissions dont 6 cadres, c'est-à-dire presque la totalité de l'équipe, car les autres sont en congé maladie, et 3 médecins. Le coordinateur général Jean-Guy Casaubon fait partie des cadres qui démissionnent au printemps 1999. Ces événements pèsent sur le moral et sur la qualité du service. Une réflexion stratégique s'amorce du côté des employé.e.s et du côté du comité de quartier : les priorités identifiées des deux bords ne sont pas les mêmes, mais tout le monde finit par travailler ensemble, et une assemblée publique est prévue en 2000. Le 2 mars, le CA vote l'envoi d'un recours au Ministère et à la régie pour recevoir de l'aide afin de gérer la situation. Deux citoyen.ne.s lancent une pétition pour organiser une assemblée générale spéciale qui se tient le 5 avril 2000. Des membres comparent la situation à la situation de crise de 1993, lors de laquelle le CA avait demandé de l'aide externe, mais DANS le quartier, pour composer un comité temporaire de CA élargi. Le comité de quartier a été mis de côté et les citoyens ont l'impression qu'on leur retire leur contrôle de la Clinique. Lors de l'AG, il est voté à forte majorité que la demande soit retirée. Jocelyne Bernier explique comprendre qu'il est difficile de diriger la Clinique avec les citoyens mais que c'est la démocratie, et que demander de l'aide au ministère et à la régie, qui sont à la source des problèmes de la Clinique revient à faire entrer le loup dans la bergerie. Le CA est destitué, afin de permettre au CA sortant, qui a voté l'envoi de la demande, de sortir avec élégance, et pour permettre à un nouveau CA, à l'aise avec les orientations choisies, de prendre place. Un des plus importants mandats du nouveau CA est de mettre un comité de gestion provisoire en place, et de trouver de nouvelles personnes pour assurer la coordination. Clermont Racine devient par la suite le nouveau coordinateur général, il restera à ce poste jusqu'en 2005. Le comité de coordination,

constitué d'une nouvelle équipe qui s'installe dans un climat de crise, définit de nouvelles priorités : maintenir la gratuité et la qualité des services, reprendre les luttes contre la pauvreté, prendre en compte les recommandations du comité de quartier, bien former et intégrer les nouveaux.elles employé.es, plus s'impliquer dans le quartier, compléter l'équipe médicale qui manque de médecins et d'infirmières. .

### **L'autonomie de la Clinique à nouveau menacée**

En 2002, la Clinique entame une mobilisation contre la Loi 25, la *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux* qui « vise, par la mise en place d'une organisation de services de santé et de services sociaux intégrés, à rapprocher les services de la population et à faciliter le cheminement de toute personne dans le réseau de services de santé et de services sociaux » (Assemblée nationale du Québec, 2003). Concrètement, cette loi implique la fusion des CLSC, des CHSLD et des Centres Hospitaliers pour former un seul centre décisionnel par territoire concernant les soins de premières lignes (Richard et al., 2007). Cette mobilisation porte en partie ses fruits : le projet de loi 25 est amendé, les CSLC et les CHSLD ne sont plus obligés de fusionner avec les hôpitaux mais doivent quand même fusionner entre eux. Cette loi mentionne également que : *“On doit retrouver également dans chacun de ces réseaux les activités et les services d'organismes communautaires, d'entreprises d'économie sociale et de ressources privées de son territoire.”* (Assemblée nationale du Québec, 2003). Les modalités de la collaboration entre la Clinique et le nouveau Centre de santé et des services sociaux du Sud-Ouest doivent être établis. La Clinique est invitée à participer aux comités de restructuration du CSSS Sud-Ouest qui vise à préparer la mise en œuvre de la nouvelle loi. Le Conseil d'Administration convient qu'il est plus pratique de négocier avec le CSSS local qu'avec l'Agence, et entame un processus de réflexion pour baliser les conditions de cette collaboration. Participer aux comités signifie pour la Clinique pouvoir présenter clairement leur positionnement, revendiquer le respect des conditions de transfert entre établissements, avoir directement accès aux informations, négocier pour des budgets plus cohérents avec le projet de la Clinique. Cependant, cela peut aussi envoyer le message que la Clinique appuie et collabore avec la nouvelle orientation du MSSS, et perd de son autonomie, de plus, l'équipe de la Clinique risque de s'essouffler à participer aux dizaines de comités (la Clinique emploie à cette période moins de 100 employé.e.s alors que le CSSS sont 3800), enfin, les différents comités correspondent à une approche par programme qui ne correspond pas à l'approche globale

de la Clinique. Le Comité de Coordination prend la décision de participer à la première réunion des comités, puis de définir suite à celle-ci la pertinence de la présence ou non de la Clinique sur ce comité, en priorisant la présence de la Clinique sur les comités décisionnels et stratégiques. Afin de préserver le projet de santé communautaire et citoyen de la Clinique, l'équipe crée une grille de participation qui a comme objectif de donner des balises pour les délégués présents sur les comités, Ces balises vise à assurer l'autonomie de la Clinique et de son Conseil d'Administration, qui devra valider les décisions prises sur les comités, à assurer la maîtrise d'oeuvre de la Clinique sur le territoire de pointe-Saint-Charles, à améliorer ses services tout en préservant et promouvant son approche de santé communautaire, et se positionne contre la privatisation ou la sous-traitance des services publics vers les groupes communautaires et l'économie sociale. L'analyse de la pertinence de la participation de la Clinique aux comités du CSSS Sud-Ouest s'étire du printemps 2004 au printemps 2005. Le 29 mars 2005, la directrice du CSSS Sud-Ouest reconnaît l'autonomie politique de la Clinique (Clinique Communautaire de Pointe-Saint-Charles, 2005). La mobilisation contre la Loi 25 se couplera à la mobilisation contre la loi 83 et durera jusqu'à la signature de la nouvelle convention de financement, qui sera signée en 2006.

### **Négociation convention de financement de 2006**

La Clinique reçoit une lettre de l'agence de santé pour signifier que la convention signée en 1993, suite à la nouvelle loi, doit être renégociée : un CA élargi est créé pour permettre à la Clinique de conserver son autonomie lors de cette négociation.

En parallèle de cette réflexion par rapport à la participation de la Clinique à la réorganisation du réseau, la Clinique prépare sa nouvelle convention de financement. Lise Ferland, une juriste militante résidente du quartier, réalise une opinion juridique sur la situation de la Clinique en rapport avec le projet de loi 83 sur la réorganisation du Réseau. Il apparaît que la Clinique a tout intérêt à ne pas transférer sa convention de financement du ministère vers le CSSS, sous peine d'être considérée comme un simple sous-traitant. Cependant, même en conservant sa convention actuelle, la Clinique a peu de marge de manœuvre : elle doit répondre à son mandat de CLSC, et doit suivre les programmes et directives ministérielles.

Le rôle de Lise Ferland est de soutenir le CA dans les démarches. Afin de conserver son autonomie dans cette nouvelle entente de financement, le Clinique peut conserver à peu près intacte la convention datant de 1993, mais en s'assurant d'un des points clés : le transfert de responsabilité de la population de Pointe-Saint-Charles du CSSS Verdun Sud-Ouest à la Clinique en matière de première ligne. La Clinique devra ensuite établir des ententes de partenariat avec le CSSS Verdun Sud-Ouest pour certains services spécialisés, surspécialisés, et de réadaptation. Les négociations vont bon train, et en décembre 2005, les trois parties (l'Agence, le CSSS et la Clinique) s'entendent pour dire que les négociations vont dans la bonne direction. Cependant, le 6 mars 2006, la représentante de l'Agence de santé de Montréal annonce ne plus vouloir signer la convention de financement, et propose finalement que la Clinique signe une entente de service avec le CSSS Sud-Ouest Verdun, devenant alors un sous-contractant et perdant son autonomie. Le 14 mars, le CA élargi se réunit à nouveau pour étudier comment réagir à ce revirement de situation. Suite à cette rencontre un comité d'appui est créé, pour étudier les avenues possibles. Après plusieurs rencontres, la décision est unanime entre le CA et le comité d'appui : il est essentiel pour l'autonomie de la Clinique qu'elle signe une entente avec l'Agence et non le CSSS Sud-Ouest Verdun. Le 18 avril, le conseil d'administration décide de créer un comité de lutte qui doit produire un plan d'action et les groupes sont invités à mobiliser les citoyen.ne.s pour venir à l'assemblée générale. Suite à des lettres, des rencontres et des échanges téléphoniques, le 21 décembre 2006, la nouvelle convention tripartite entre la Clinique, l'Agence Santé et le CSSS Verdun Sud-Ouest est signée

### **Engagement dans le quartier et prévention**

En parallèle de ces négociations, la Clinique continue à s'engager dans son quartier, participe à mobiliser les citoyens pour qu'ils prennent part aux décisions concernant les terrains du CN, c'est le début de l'Opération Populaire d'Aménagement. Cet événement passionnant ne sera pas relaté ici, car il est très bien traité sur le site d'Action Gardien (Action Gardien 2024). On peut cependant mentionner qu'il s'agit d'un engagement qui vise directement à améliorer les conditions de vie des personnes du quartier.

De nombreux projets et collaborations sont organisés : recueil d'histoires d'amour des aînés, formations aux proches aidants, créations de groupes de soutien et participation à différents groupes de quartier. De manière générale, les activités de prévention qui sont



effectuées dans tous les services sont bien mises en avant dans les différents rapports et infolettres. Le CA se positionne, en appui à la coalition solidarité santé, contre la privatisation de la santé, et appuie les luttes citoyennes pour le contrôle de l'aménagement urbain dans le quartier et contre l'installation du Casino.

\*\*\*

## **5.7 TOURNANT BUREAUCRATIQUE**

Suite à la nouvelle convention, une planification stratégique est présentée pour 2008 à 2011, les principaux points sont le développement de l'approche communautaire, le développement de la mobilisation citoyenne pour son quartier, le financement de la clinique, l'obtention de l'agrément et la poursuite de la restructuration de l'organisation pour mieux offrir les services. Cette planification stratégique est adoptée par le CA en décembre 2007. L'équipe commence à travailler à la révision des règlements de la Clinique, qui n'ont pas été mis à jour depuis 1985. Une évaluation des services avec le comité de relation aux citoyens appuyé par le conseil québécois d'agrément est amorcée afin d'améliorer les manières de faire à la Clinique. Les frais d'administration générale ont augmenté de 5 % en 2 ans, passant à 9,7 % du budget en 2005-2006 à 14,5 % du budget en 2007-2008. La Clinique s'apprête alors à fêter ses 40 ans. Le partenariat établi avec le CSSS Sud-Ouest/Verdun se met doucement en place.

De nouveaux médecins sont embauchés, en 2007 l'équipe des médecins est complète pour la première fois depuis des années. Les pratiques infirmières rayonnent : les infirmières posent certains actes gynécologiques par exemple, et suite à une présentation, certaines d'entre elles sont invitées à parler de leurs pratiques dans un autre CLSC. Les médecins s'impliquent dans des comités.

Entre 2008 et 2010, la Clinique vit des difficultés importantes à l'interne, et le CA s'élargit à nouveau pour assurer la coordination de la Clinique en attendant de trouver un nouveau coordinateur général. Luc Leblanc est embauché en mai 2009, il restera 10 ans à la tête de la Clinique.

En 2010, un plan de santé publique est élaboré en collaboration avec d'autres groupes communautaires, il vise à établir les principales priorités en matière de santé dans le quartier pour les 5 prochaines années. Ce plan de santé n'est pas une obligation légale mais sert à valoriser la connaissance fine des problématiques du quartier. Les priorités stratégiques de l'année suivante sont de remobiliser les citoyens, entre autre par le relancement du comité de relation avec les citoyens, renforcer l'aspect communautaire, entre autre en formant mieux les intervenants à la clinique sur ce qu'est la santé communautaire, mieux former le personnel de la Clinique sur les valeurs, l'histoire et les spécificités de la clinique. Les priorités sont présentées de manière plus formelles dans le rapport, présentées dans des tableaux et divisées en sous-priorités. Dans son info-clinique, Isabelle Marcotte se réjouit que la Clinique ait atteint une reconnaissance du Ministère et se professionnalise, tout en maintenant son individualité. Cette publication est toujours l'occasion de transmettre des informations par rapport aux groupes en sécurité alimentaire et propager un appel aux citoyens pour siéger sur les comités. Afin de lutter contre l'insécurité alimentaire, en collaboration avec la maison St-Colomba, un service de repas à prix modique est mis sur pied, la *Popote roulante*. Le programme débute doucement en raison du manque de bénévoles. De plus, la première édition de "Moi je décroche mon diplôme" est lancée, un programme qui encourage les jeunes mères à terminer leur secondaire. On peut noter que les dépenses en administration générale s'élèvent à cette période à 17,7 % (CCPSC, 2010). Les nouveaux règlements (qui n'avaient pas été révisés depuis 1985) sont votés en AG, discutés le 17 mars (je crois) et votés le 22 juin.

Le comité de relation avec les citoyens peine à être relancé. Le comité Clinique verte est créé et travaille à l'amélioration des pratiques à la Clinique sur le plan environnemental, mais ce comité n'avance pas beaucoup en raison du manque de ressources internes et d'autres priorités comme la continuation des soins. La clinique a conscience que ce sont les activités de prévention et de promotion de la santé qui disparaissent en premier en cas de crise : "la nécessité de maintenir la qualité des services réguliers de la Clinique a pris le pas sur certaines activités de prévention et de promotion souhaitées. Un bel exemple de dilemmes que nous avons à résoudre et à réfléchir collectivement pour les prochaines années" (info-clinique novembre 2010). Par manque d'effectifs, la médecine sans rendez-vous est suspendue.

En 2011-2012, le coordinateur général Luc Leblanc est en place depuis 2 ans. L'approche communautaire semble plus présente. Une action de prévention contre les punaises de lit est en cours, elle passe par la reconnaissance de ces nuisibles, la formation du personnel et la distribution d'information sur comment agir si on en repère. Le projet *Naître à la pointe* est porté par un groupe de citoyennes et vise à l'ouverture d'une maison de naissance. Le projet va être accompagné par un organisateur communautaire.

### **Nouvelle crise des médecins**

En 2012, de vives tensions naissent entre les médecins et la Clinique. La majorité des médecins démissionnent et la Clinique a à nouveau de la difficulté à recruter des médecins, l'offre sans rendez-vous ne peut donc pas être relanc e. Dans son rapport de 2012, la situation est exposée comme suit : "En raison de certaines réalités historiques (la structure décisionnelle de la Clinique par exemple), l'intégration et la collaboration avec l'équipe médicale n'a pas toujours été facile. Pour les prochaines années, il faut trouver des solutions adaptées à la réalité contemporaine pour favoriser la collaboration entre la Clinique et son équipe médicale". Une des suggestions est d'améliorer la collaboration entre l'équipe médicale et la Clinique et suite à une rencontre entre l'équipe médicale et le CA, il est prévu de créer une entente de collaboration écrite et d'affecter plus de personnel à la gestion des dossiers médicaux et du fonctionnement de la partie clinique. Les services de sans- rendez-vous reprendront en 2014 après 3 ans d'interruption.

La professionnalisation de la Clinique continue. Elle obtient son agrément en 2012. La clinique met en premier de l'avant le fait qu'elle a réussi à atteindre un équilibre budgétaire et se soit conform e aux normes des CLSC. La nouvelle planification stratégique 2012-2015 mentionne que :

*Solidement enracinée dans le quartier, la Clinique est très près des préoccupations des citoyens et des groupes communautaires du quartier. Ce qui fait que ses services se sont bien adaptés la plupart du temps à l'évolution de ces besoins dans le quartier, sans pour autant faire l'objet d'analyses précises et documentées.   l'instar d'autres organisations communautaires, la Clinique a pu ainsi traverser les années sans avoir à développer des outils d'analyse plus performants. Ce qui dans le contexte actuel et pour l'avenir ne peut plus suffire.*

La Clinique écrit devoir se doter d'outils de gestion plus performants et se questionne sur

une meilleure intégration des citoyen.ne.s à la Clinique. Ce rapport est beaucoup plus complet, il décrit en détail les procédures et exigences auxquelles la Clinique doit se soumettre. Les méthodes lean et de nouvelle gestion publique en cours dans le milieu de santé sont débattues. Les priorités stratégiques 2012-2013 n'ont pas été adoptées par l'AG mais exceptionnellement uniquement par le CA. Le plan stratégique a été discuté en AG à l'automne 2012, lors de deux AG spéciales qui ont réuni au total 50 personnes, ce qui ne représente pas le quorum. Ce plan consiste en 1. mettre la participation citoyenne au cœur de la clinique, 2. réduire les inégalités pour améliorer la santé, 3. améliorer la clinique, 4. offrir une offre de service en santé communautaire, 5. mieux gérer son personnel et 6. mieux gérer ses ressources. Le fond social est alors intégré au fond d'exploitation à condition qu'il reste reconnaissable et continue à servir son but. Le CA se dote d'un code éthique. À partir de 2014, le rapport général est séparé en 2 rapports, l'un présenté en AG, d'une vingtaine de pages, et un rapport de gestion, de 127 pages. En 2014 on observe un changement d'organigramme important, l'agente de communication et la coordination communautaire se retrouve à côté du coordinateur général, sous sa responsabilité mais indépendante d'autres services et la Clinique se dote d'un code d'éthique collectif.

### **Lutte contre la surfacturation**

En parallèle de la lutte du médecin Gérin et de ses collègues, le comité des luttes en santé est particulièrement actif : campagne de sensibilisation, documents explicatifs sur la surtarification et les frais abusifs, organisation d'une assemblée publique et participation à plusieurs rencontres, etc. L'infoclinique (nov 2011) invite les citoyen.ne.s à signer la surfacturation, qui est illégale. Suite à une mobilisation collective des groupes du québec, la proposition de la taxe santé (payer 25 \$ par consultation) est retirée. Le comité de lutte en santé continue sa lutte contre les frais accessoires en santé et les frais facturés, particulièrement en créant sur internet un registre des frais facturés.

### **Actions de prévention et amélioration des conditions de vie**

Parmi les actions de prévention du début des années 2010, la Clinique soutient la mobilisation pour la préservation du Carrefour d'Éducation Populaire de Pointe-Saint-Charles, prévient contre les fortes chaleurs et invite les personnes de 65 ans et plus à s'inscrire au programme PIED, qui vise à prévenir les chutes chez les personnes âgées. (info-clinique juin 2013). Le programme "Moi je décroche mon diplôme se poursuit", et

elle fait la promotion des services de santé sexuelle. La Clinique organise des événements pour rencontrer les citoyen.ne.s : la deuxième fête de la rentrée a accueilli 150 personnes, le concours et l'expo photo "regard sur pointe-Saint-Charles" rencontrent un franc succès, une distribution de bonbons et de brosses à dents aux enfants à Halloween est organisée, etc. Elle commence à lutter contre les nuisances en santé causées par les activités du CN via son comité nous et les trains.

### **Réforme Barrette**

2014-2015 est une année de réforme majeure du système de santé en raison du projet de loi 10 qui vise à fusionner les établissements de santé publique en mégastuctures centralisées. Devant ces changements, un CA élargi est à nouveau réuni pour mettre en place un comité d'étude de la réforme et de ses conséquences.. Il semble y avoir eu un gros roulement dans le CA à cette période et le coordinateur général s'en va en congé maladie. La Clinique se fait couper de 27 741 \$ de son budget en raison de la politique d'austérité. Suite à la réforme de 2015 de Barrette, la convention de financement qui liait la Clinique au réseau de la santé doit à nouveau être renouvelée. La Clinique reçoit la proposition d'une nouvelle convention de financement du MSSS. Celle-ci est inacceptable eut égard aux changements organisationnels et à la perte d'autonomie de la Clinique qu'elle engendrerait. Le comité de renégociation, en partenariat avec les Services juridiques de Pointe-Saint-Charles rédige une contre-proposition. Les travaux autour de la négociation de convention de financement entre le CIUSSS, le MSSS et la Clinique se poursuivront jusqu'en 2023.

Fin 2015, suite aux 2 planifications stratégiques, les priorités étaient passées entre 2009 et 2015 de 5 priorités à 21 priorités, ce qui selon certain.e.s citoyen.ne.s, revenait à n'avoir finalement plus aucune priorité. Suite à un mécontentement général et à des plaintes suite au vocabulaire trop technique, les priorités sont ramenées à 3 ou 4. Les priorités 2016-2017 sont de maintenir l'indépendance de la clinique, de s'assurer de son redressement financier et d'organiser une ou plusieurs fêtes dont les 50 ans de la Clinique, qui sont célébrés en 2018.

En 2018, la Clinique fête ses 50 ans. Bien que l'importance des déterminants socio-économiques semblent être moins présente dans les documents depuis un moment, le comité de lutte en santé est actif et concentré sur l'amélioration d'accès aux soins bucco-

dentaires, une vigie des frais accessoires facturés, et une lutte pour le remboursement des frais d'imageries.

## 5.8 LA CLINIQUE AUJOURD'HUI

En 2019, Luc Leblanc prend sa retraite et en mars 2020, la pandémie frappe. Pendant cette période, le journal de la Clinique *la Clinique en bref* partage des outils d'auto-soins. En collaboration avec Action gardien et d'autres, lors de la table de concertation en santé mentale, il a été émis l'idée d'adapter l'outil d'autodiagnostic en santé mentale développé par le *Programme d'aide aux médecins du Québec* (PAMQ). Elle partage aussi des techniques pour soulager les symptômes du rhume. Une halte chaleur hivernale est ouverte. Un groupe pour l'anxiété démarre. Un article sur les vitamines et le principe de Joyce est aussi offert. On y retrouve des articles sur l'alimentation, se dépenser en confinement avec les enfants, et les dangers du plastique.

Sur le plan du personnel, début 2021 la coordonnatrice alarme sur le fait que la Clinique gère environ 40 départs par année soit entre 25 % et un tiers de ses effectifs. Moins d'un an plus tard, elle démissionne et est remplacée par Isabelle Bisailon, conseillère-cadre à la Clinique, qui est rapidement remplacée par un coordonnateur avec plus d'expérience en gestion et ayant de l'expérience en communautaire, Martial Mainguy.

Lors du premier rapport annuel sous la coordination de Mainguy, les inégalités sociales de santé refont leur apparition. Lors de l'assemblée du 15 juin, (la première en 2 ans !) une résolution est adoptée qui rend obligatoire la formation de tout le personnel de la clinique, cadres et administrateurs, portant sur l'histoire de la clinique, sa mission, ses valeurs, et la gestion participative. L'équipe de coordination recommence à faire un bilan dans le rapport annuel. Les priorités stratégiques de cette année sont la signature de la convention de financement, qui n'est toujours pas terminée, la mise en chantier d'une nouvelle planification stratégique, la construction d'une maison de naissance, évaluer comment intégrer l'art thérapie à la Clinique, et obtenir l'agrément Canada. Le *clinique en bref* met en avant un certain nombre de sujets, des luttes en santé aussi bien que des recommandations ou conseils en santé : de la situation des premiers peuples, continue à

proposer des activités pour le développement de l'enfant, et dénonce la campagne bell pour la cause. Le travail des organisateur.ice.s communautaires est également souligné : prise en charge du dossier de l'Allocation canadienne pour enfant, mobilisation autour de l'aménagement du secteur Bridge-Bonaventure, appuie à une clinique de justice migrante.

Suite au constat d'Agrément Canada qui souligne que la culture de la mesure n'est pas implantée dans la clinique, le CA se dote d'un tableau de bord. La Clinique travaille à sa nouvelle planification stratégique. Il s'agit d'une année charnière durant laquelle s'est posée la question de savoir si une clinique communautaire était encore pertinente, et que la réponse avait été oui. Il n'est cependant pas convaincu :

*La première question qu'on a posé à la population, à la planification stratégique, c'est, est-ce que ça fait toujours du sens d'avoir une clinique communautaire dans votre quartier ? Est-ce que vous êtes prêt à la soutenir ? Encore une fois, s'il y avait un enjeu du réseau qui veut nous fusionner avec le public, est-ce qu'on a encore une population derrière nous ? On a eu une réponse très positive des gens. Ça, on parle de 200 personnes qui ont répondu à notre sondage sur 15000. Moi, tu sais je suis pas encore convaincu, ça va être notre enjeu, c'est comment on va chercher, comment on embarque les citoyens de pointe Saint-Charles, comprenez que notre modèle est très particulier. Il faut se battre pour ça parce que ça existe plus par ailleurs et qu'on a un modèle de santé publique qui se privatise de plus en plus. Et donc il y a. Il y a quand même un intérêt peut-être à maintenir Ce petit microcosme à pointe Saint-Charles.*

Dans le *clinique en bref* d'octobre 2022, le coordinateur se pose la question suivante :

*"L'augmentation des demandes, des listes d'attente, le manque de ressources tant en interne qu'à l'externe, limitent grandement notre capacité d'agir, et de façon équitable pour toutes et tous. Comment développer des actions de prévention dans un tel contexte? Il s'agit là d'un enjeu qui commence à ressortir de nos premiers travaux de planification stratégique, et très certainement d'une priorité de la Clinique à mieux définir. Agir en prévention permet de prévenir et réduire les facteurs de risque et d'aggravation, donc réduire les demandes et listes d'attente".*

## **5.9 Conclusion**

La lecture de cette monographie nous montre plusieurs choses. On voit que les années passent et les défis se répètent : manque de moyen pour réaliser la mission de prévention, manque de mobilisation des citoyen.ne.s, problème de rétention de personnel. Malgré

cela, elle continue de promouvoir un modèle de santé communautaire et à lutter contre la privatisation du système de santé. La Clinique a toujours dû affronter des crises : à l'externe pour conserver son indépendance et un budget décent, et à l'interne pour gérer les tensions diverses. Le recours à un Conseil d'Administration élargi en temps de crise, pour aller chercher l'aide nécessaire pour résoudre un problème au sein même du quartier, a été d'une grande aide à la Clinique à de multiples reprises. On remarque aussi que les périodes où la Clinique semble le plus solide sont les périodes avec une équipe de coordination stable, guidée par une coordination générale qui est à la fois un.e militant.e. remarquable et un.e diplomate aguerri, comme Jean Guy Dutil ou Jocelyne Bernier. Malgré les crises qu'elle traverse, la Clinique continue à mener ses luttes historiques, à travailler en partenariat avec les autres organismes du quartier et à offrir une approche en santé globale et centrée sur les déterminants sociaux de santé. Avec toute sa résilience, la Clinique n'est cependant pas imperméable aux courants qui traversent la société dans laquelle elle évolue, et elle se dote peu à peu d'outils propres à l'entreprise et à la bureaucratisation : tableaux de bord, planifications stratégiques, certifications... On doit noter que les crises majeures de la Clinique sont liées à des compressions budgétaires (voir tableau 1 en annexe), et la rotation du personnel semble grandement liée au faible salaire qu'offre la Clinique par rapport au reste du réseau. Ce chapitre présentait une brève histoire de la Clinique, afin de permettre de comprendre son évolution et son fonctionnement. Le chapitre suivant analysera l'organisation pour répondre à la question qui nous intéresse ici : la Clinique Communautaire peut-elle être considérée comme un commun de santé ?

## **CHAPITRE 6**

### **LA CLINIQUE COMMUNAUTAIRE DE POINTE-SAINT-CHARLES, UN COMMUN DE SANTÉ ?**

#### **ANALYSE ET DISCUSSION**

L'objectif de ce travail est de nourrir le champ de recherche sur la santé et la décroissance en illustrant un cas de commun de santé. À l'aide d'une analyse de contenu, dont les éléments clés sont résumés sous la forme d'une courte monographie présentée dans le chapitre 5, et d'une série d'entretiens, nous avons analysé le cas de la Clinique Communautaire de Pointe-Saint-Charles afin d'évaluer si on peut la considérer comme



un commun de santé. Nous utiliserons pour cela la grille d'analyse présentée dans le chapitre 3. Cette analyse sera divisée en trois parties, la première servira à décrire comment la Clinique se rapproche d'un commun, la deuxième servira à analyser si cette forme de commun permet de *“Produire moins, partager plus et décider ensemble”* et enfin la troisième partie portera sur les éléments bureaucratiques que l'on retrouve dans l'organisation de la Clinique.

## **6.1 La Clinique Communautaire de Pointe-Saint-Charles, un commun de santé ?**

Nous répondrons à cette question en examinant les différentes dimensions de l'idéal-type du commun telles que présentées dans le chapitre 3. Nous étudierons donc l'autoproduction, la communalisation présente, la démocratisation et la coopération à l'oeuvre au sein de la Clinique.

### **6.1.1 Quelle autoproduction ?**

On a vu qu'un commun existe pour répondre à un besoin, grâce aux efforts conjoints de ses membres qui veillent à son bon fonctionnement et qui prennent en charge elleux-même la production des services qu'offre le commun, ici la Clinique. En santé, l'autoproduction signifie principalement la démedicalisation (Illich, 1975), c'est-à-dire la prise en charge des soins par les patient.e.s elleux-même ou par des non-professionnel.le.s, qui peut également prendre la forme d'une co-production, entre les patient.e.s et les professionnel.le.s. Nous verrons dans un premier temps l'évolution de l'importance de la démedicalisation au sein de la Clinique, avant de noter comment se caractérise aujourd'hui l'autoproduction dans ses pratiques.

À sa création, la démedicalisation des pratiques faisait partie intégrante des objectifs de la Clinique. Des organisatrices communautaires réalisaient à l'époque des prises de sang et les médecins et infirmières endossaient une partie des actes réalisés à la Clinique par des non-professionnels. Dans le rapport annuel de 1973, il est noté comme prise de position de la Clinique qu'elle vise : *“La déprofessionnalisation i.e., l'accès pour les citoyens du quartier à la compétence, à la technique, etc. par des voies autres que les filières traditionnelles et uniques de l'université et de la corporation”*(CCPSC, 1973).

Aujourd'hui la situation a évolué et la démedicalisation ne fait plus partie des revendications ou des objectifs de la Clinique. Les notions d'autonomie des patient.e.s, de déprofessionnalisation ou de démedicalisation ne sont présentes ni dans les entretiens effectués dans le cadre de cette recherche, ni dans les documents récents de la Clinique. On peut se demander ce qui explique ce changement. L'extrait d'entretien suivant nous donne une piste de réponse :

*C'est sûr qu'au début, la clinique, puis ça paraît beaucoup dans les textes originaux, y avait l'enjeu de la proposition, de démedicalisation, puis d'empowerment des communautés, d'empuissancement des résidents. C'est sûr qu'à ce moment-là, dans les années soixante-dix on parlait de loin. On était dans un système de santé qui était extrêmement top-down donc les professionnels. tu rentrais chez le médecin, il t'écoutait presque pas, tu sortais t'avais aucune explication. La situation n'est plus pareille.*

*Magalie, organisatrice communautaire*

On voit dans l'extrait que si la démedicalisation était un besoin marqué à la création de la Clinique, aujourd'hui la population est plus éduquée et le rapport de force moins inégal entre profession médicale et patient.e.s rend moins criante la nécessité de s'autonomiser du réseau. En effet, à la Clinique le caractère multidisciplinaire des interventions permet un meilleur lien entre usagèr.e.s et professionnels. Le médecin n'est pas le seul intervenant et il intervient le moins possible. Lorsqu'ils ont lieu, les rendez-vous sont moins expéditifs qu'ailleurs et les médecins prennent le temps de discuter avec les usagèr.e.s. De plus, la professionnalisation de la Clinique, de son personnel et les normes auxquelles elle doit se conformer rendent aujourd'hui la déprofessionnalisation plus compliquée que dans les années 70. Pour conserver son autonomie et être financée pour continuer à avoir la responsabilité populationnelle de Pointe-Saint-Charles, la Clinique doit prouver qu'elle souscrit aux normes du réseau en respectant les différentes lois auxquelles elle est soumise et en respectant les normes des différents agréments auxquelles elle doit se conformer, agréments de plus en plus complexes à obtenir. Implanté en 1995, le premier agrément auquel elle doit se conformer est une démarche d'autoévaluation durant laquelle la Clinique doit évaluer ses propres pratiques et fournir un plan d'amélioration qu'elle doit ensuite respecter (Sénéchal, 1998). Lorsqu'en 2019, la Clinique doit entamer un nouveau processus auprès d'Agrément Canada, il ne s'agit plus d'un exercice d'amélioration continue, il s'agit de se conformer à plus de 700 normes pancanadiennes. La Clinique réussit en 6 mois entre 2021 et 2022 à mettre à jour un nombre important de politiques et de pratiques, ce qui lui permet d'être agréée. Ces normes visent la professionnalisation de la Clinique et pointe comme aspect à améliorer

ce qui ne rentre pas dans les normes. Enfin, deux autres raisons pourraient expliquer ce changement, mais il s'agit de simples hypothèses, qui manquent de preuves pour être étayées. Premièrement, cet abandon d'une volonté de démedicalisation est peut-être lié à l'évolution d'une société qui entre les années 70 et aujourd'hui devient de plus en plus hétéronome, notamment sur le plan professionnel (Bourgeault, 2019). Viser l'autonomie dans une perspective émancipatrice ne ferait donc simplement plus partie de l'imaginaire des personnes qui sont impliquées à la Clinique.

*Les services de santé sont régis par une multitude de règlements de détails, ça prend des gens extrêmement minutieux puis responsable pour travailler dans une clinique parce que il faut surveiller autant, je veux dire, le lavage des mains, le rangement des médicaments, le comptage des médicaments, que l'approche clientèle que les règlements financiers. C'est une fourmilière de détails. Que j'ai pas rencontré ailleurs, j'en ai rencontré d'autres qui étaient très réglementés, mais pas autant que ça et surtout pas pour des choses qui engagent la vie ou la santé ou le bien être, le mieux être d'autres personnes. Donc ça c'est un niveau, moi qui m'impressionne beaucoup.*

*Lucie, administratrice*

On voit ici que la quantité de normes est associée à la qualité de soins, au bien-être des personnes et semble être perçue de manière positive. Cela peut s'expliquer en raison du processus d'évaluation de la Clinique, qui est comparé dans les agréments à des structures beaucoup plus hiérarchiques et médico-centrées, selon un processus d'évaluation qui s'inscrit dans une valorisation des actions comptabilisables propre au néo-libéralisme (Graeber, 2015). Le concept de santé communautaire semble absent du processus d'agrément et les pratiques en santé publique n'en constituent qu'une infime partie (Rapport d'agrément 2019, rapport d'agrément 2021). L'évaluation de la performance de la Clinique laisse de côté ce qui constitue le cœur de sa mission depuis sa création, la valorisation de la santé communautaire et des pratiques de santé préventive, ce qui n'est pas étonnant considérant à quel point il est plus difficile de mesurer l'impact de mesures préventives que de mesurer le nombre de médicaments prescrits. La non-reconnaissance ou la faible-reconnaissance de l'excellence de la Clinique en matière de prévention explique peut-être que ses idéaux les plus radicaux sont mis de côté parce que non seulement ils ne seraient pas valorisés mais seraient même probablement hors la loi. Enfin, la deuxième raison est peut-être historique et pourrait provenir de la fracture idéologique qui s'est produite au sein de la Clinique dans les années 70. Elle fait suite à la crise lors de laquelle une partie de citoyen.ne.s dénoncent le fait que la Clinique sert de véhicule de lutte politique des différentes gauches radicales mais également des chrétiens de gauche qui visent d'abord leurs intérêts politiques avant le bien-être de la population. La mission de la Clinique évolue à ce moment-là et se concentre sur

l'organisation de soins préventifs et curatifs. Cet épisode a marqué la Clinique pendant des années et il est possible que cela ait joué dans la mise de côté de ses idéaux les plus radicaux. On voit donc que pour plusieurs raisons, la démedicalisation a en partie disparu de l'horizon de la Clinique. Cependant, l'autoproduction reste bien présente à plusieurs niveaux.

La Clinique a gardé de nombreuses mesures qui valorisent l'autonomie et la démedicalisation des pratiques en santé, notamment en termes de pratiques infirmières, de développement de groupes et de ressources à destination des citoyen.ne.s, et surtout d'implication citoyenne dans le processus décisionnel et dans les luttes en santé. Les infirmières bénéficient d'une grande autonomie, ce qui permet une pleine valorisation de leurs capacités ainsi que de mieux répondre aux besoins de la population grâce à une plus grande offre de soins (Rapport d'agrément détaillé, 2022). La Clinique a toujours développé des groupes de pratique ou de soutien citoyens, en ce moment on peut noter le groupe de soutien "Mieux vivre avec son anxiété" (CCPSC, 2023). Ce groupe est destiné aux personnes de 18 ans et plus qui ont des problèmes d'anxiété, il est gratuit et s'étale sur 8 semaines à raison de 2 h par semaine. La Clinique offre également des cours prénataux et des ateliers de prévention style "prévenir et reconnaître les punaises de lit" (CCPSC, 2024). La Clinique met également à disposition des outils à utiliser seul.e.s comme "le baromètre de votre santé psychologique : une autoévaluation" qui permet d'auto-évaluer sa santé mentale et d'identifier quelle mesure mettre en place pour la maintenir ou l'améliorer (CCPSC, 2023). On retrouve aussi dans son bulletin trimestriel des conseils et des informations concernant la nutrition et les saines habitudes de vie (CCPSC, 2023). Enfin, les citoyen.ne.s sont engagés à plusieurs niveaux :

*L'implication si tu es un citoyen, se fait au minimum à 4 niveaux, à la clinique, au niveau de l'Assemblée générale de tous les membres ou de toute personne qui veut venir. Au niveau de nouveaux programmes du patient partenaire où le citoyen patient devient aussi partenaire de la clinique en disant que ce qui va, ce qui va pas à plusieurs niveaux, pas juste au niveau de ses soins. Ensuite, on a bien entendu les comités citoyens, comité des usagers, puis ensuite on a la gouvernance, le CA.*

*Lucie, administratrice*

Nous développerons plus loin les spécificités de différents niveaux d'engagement, mais nous noterons simplement ici que les citoyen.ne.s sont, aujourd'hui comme hier, au cœur du processus décisionnel de la Clinique, et ce qui, pour nous, leur permet de faire partie de la production des soins. Le Conseil d'Administration et le comité de lutte en santé sont deux instances qui permettent en partie aux citoyen.ne.e de prendre en charge les soins qu'ils reçoivent.

On voit donc que bien qu'elle se soit amoindrie, l'autoproduction est toujours présente dans les pratiques de la Clinique.

### 6.1.2 Quelle communalisation ?

La Clinique communalise de nombreuses richesses ou ressources. Lorsqu'on parle de communalisation, il convient de définir la communauté concernée : un commun est avant tout composé d'une communauté (Abraham et Fourrier, 2023). De qui est constituée la communauté de la Clinique ? On peut selon nous la diviser en quatre catégories : les usager.ère.s, les membres avec droit de vote, les membres sans droit de vote et les employé.e.s de la Clinique (qui peuvent également faire partie de la première ou de la deuxième catégorie. Tout d'abord, nous faisons une distinction entre les citoyen.ne.s du quartier de Pointe-Saint-Charles (H3K), à qui s'adressent les services de la Clinique, et les membres de la Clinique. Les citoyen.ne.s ont accès aux services offerts par la Clinique et peuvent devenir membre si elles le veulent, mais ces personnes peuvent aussi "rester" de simples usagèr.e.s : ceux-ci considèrent la clinique comme la leur, et la valorise en en parlant en bien, mais ne s'impliquent pas dans sa vie démocratique. Les membres sont plus impliqué.e.s auprès de la Clinique. Ils peuvent être des membres actives avec droit de vote, ou bien des membres observateurs avec droit de parole. Les membres actives doivent être citoyen.ne.s de Pointe-Saint-Charles alors que les membres observateurs peuvent habiter ailleurs à condition d'avoir une activité dans le quartier ou de travailler à la Clinique. Dans les deux cas, il est nécessaire de participer à au moins une activité de la Clinique par année. Pour devenir membre il suffit de remplir un formulaire d'adhésion ou bien de participer à une activité de la Clinique (assemblée générale annuelle ou autre), signer le registre et signifier sa volonté de devenir membre (assemblée générale annuelle (CCPSC, 2019). Enfin, la dernière catégorie est composée des employé.e.s de la Clinique, qui n'ont pas forcément le droit de vote mais qui sont impliqué.e.s dans les décisions concernant l'opérationnel de la Clinique via la gestion participative et leur implication lors des assemblées du personnel. La communauté ici est assez clairement définie, il s'agit donc des membres de la Clinique et de ses employé.e.s, mais également des citoyen.ne.s non-membres (et d'ailleurs des habitant.e.s du quartier non-citoyen.ne.s également). Quelles ressources sont communalisées ici ? La Clinique offre des services médicaux de première ligne : consultations médicales auprès de médecins et

d'infirmières; dépistages; prélèvements et prises de sang; vaccinations; santé des femmes (contraception, suivi de grossesse, examens gynécologiques); soutien psychosocial (groupe contre l'anxiété, groupe de soutien pour les proches aidants, ligne d'écoute et écoute sur place); santé des jeunes (services d'intervention sociale, hygiénistes dentaires, santé sexuelle, autres); et soutien à domicile. La Clinique est également très impliquée dans diverses luttes en santé (élargissement de l'accès aux soins bucco-dentaires et de santé mentale) et dans l'amélioration des conditions de vie socioéconomiques de la population du quartier, grâce à un travail en partenariat avec divers organismes communautaires locaux (Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles, 2023b). De plus, on peut la considérer comme un organe démocratique fort dans le quartier de Pointe-Saint-Charles, les citoyen.ne.s constituent entièrement son CA, participent aux assemblées générales et à divers comités. Historiquement, la Clinique est un OBNL et offre ses services à toute la population de Pointe-Saint-Charles sans distinction. C'est encore le cas aujourd'hui. Financée par le MSSS, ses services sont couverts par l'assurance maladie ou bien ils sont gratuits, les usagèr.e.s ne déboursent pas pour y avoir accès. On distingue deux types de richesse communalisées ici, une richesse intangible et une richesse tangible. D'un point de vue intangible, la clinique cherche à créer un milieu de vie sain, et à transmettre des savoirs pour se maintenir en bonne santé. D'un point de vue tangible, elle assure sa pérennité matérielle et parvient à créer et à maintenir des emplois suffisants pour la faire fonctionner.

### 6.1.3 Quelle démocratisation ?

L'une des particularités de la Clinique est sa dimension démocratique. Nous présenterons dans un premier temps ce qui caractérise l'aspect démocratique de la Clinique : le conseil d'administration, l'assemblée générale et le comité de lutte en santé, avant d'exposer ce qui semble le mettre en danger.

**Conseil d'administration** - Bien que la Clinique ne soit pas une initiative citoyenne, elle s'est très vite dotée d'un conseil d'administration composé en très grande majorité de citoyen.ne.s de Pointe-Saint-Charles (10 postes sur 12). Le Conseil d'administration est élu à majorité absolue lors de l'assemblée générale annuelle. Le vote est toujours secret et les membres doivent être élu.e.s à 50% +1, sans cela, les membres ne sont pas retenu.e.s même s'il y a moins de candidat.e.s que de sièges. D'après l'une des personnes

rencontrée en entretien qui a travaillé 30 ans à la Clinique, le rôle du CA est de garder les valeurs, garder l'ancrage quartier et garder les luttes en santé. Il ne se mêle pas directement des opérations de la Clinique mais veille à ce que les priorités décidées en AG soient suivies par la Clinique et ses membres siègent sur des comités (qualité, relation de travail, etc.). Lors de plusieurs grandes crises qu'a traversé la Clinique : celle de 1993, pour son indépendance, celle de la renégociation de la convention avec le MSSS en 2006, celle de 2008 avec les changements à la coordination et celle de la réforme de 2015, la Clinique a réussi à traverser les difficultés grâce au recours à un CA élargi. Dans ces circonstances, un CA élargi temporaire est réuni, constitué de plusieurs personnes du quartier aux compétences spécifiques : communautaires, juridiques, de gestion, etc., et qui ont à cœur la survie de la Clinique. Ce CA a aidé le CA régulier et l'équipe opérationnelle à traverser ces crises.

**Assemblée générale** - Outre le Conseil d'administration, l'instance citoyenne principale est l'Assemblée Générale. L'AG est ouverte à tous mais seules les personnes membres actives (donc habitant à Pointe-Saint-Charles) peuvent avoir le droit de vote. Lors de l'AG, la Clinique présente son rapport annuel, le CA est élu et les priorités sont votées. L'AG a un réel pouvoir démocratique, qui est souligné lors de plusieurs épisodes à travers l'histoire de la Clinique. Lorsqu'en 1984 des critiques s'élèvent sur le fait que les employé.e.s ont le droit de vote même si iels n'habitent pas le quartier, dès l'année suivante les règlements sont modifiés pour que seuls les employé.e.s résidents ai le droit de vote et ainsi conserver le pouvoir décisionnels de l'AG uniquement entre les mains des citoyen.ne.s. En 2000, lors de la crise qui amène le départ de la majorité de l'équipe de coordination, l'assemblée destitue le CA en place car celui-ci compromet l'autonomie de la Clinique en se tournant vers le MSSS plutôt que vers le quartier pour régler les problèmes de la Clinique. Les priorités annuelles sont élaborées entre la coordination générale et le CA, mais elles sont discutées en AG et parfois modifiées :

*C'est ça qu'on va mettre à l'ordre du jour de nos bilans et présenter, voici nos futures priorités pour l'année prochaine. L'idée développée y a un an ou y a deux ans quand on a fait notre tournée de planification stratégique et dans ces cas-là, donc, on demande, est-ce que vous êtes toujours d'accord avec ces priorités-là ? Est-ce qu'il y a des modifications à faire depuis deux ans ? Parce que le contexte évolue, peu importe. Donc ça, ça n'empêche pas qu'il y ait un débat avec les membres. Et qu'on considère, il y a eu là cette année, il y a une demande d'ajout à nos priorités, une modification de contenu en tout cas qu'on a accepté, qu'on a prise.*

*Marc, coordinateur général*

L'assemblée générale a donc un réel pouvoir au sein de la Clinique. Nous avons pu observer lors de l'assemblée générale annuelle 2024 que de nombreuses personnes

étaient présentes, surtout des personnes âgées mais pas uniquement. La soirée était séparée en deux moments, l'AG dans une première partie et un théâtre forum dans une deuxième partie. Si Les citoyen.ne.s peuvent prendre la parole et proposer des priorités, ainsi que s'exprimer directement auprès de l'équipe sur leur réalité et leurs besoins.

**Comités citoyens** - Les membres de la Clinique peuvent également s'impliquer au sein de comités citoyens, composés de membres actif-ves et de membres observateurices. On compte deux comités citoyens particulièrement importants : le comité des usagers et le comité de lutte en santé. Le comité des usagers a remplacé le Comité de Relation avec les Citoyens. Historiquement, le Comité de Relation avec les Citoyen s'assurait de renforcer la liaison entre la Clinique et ses membres, et travaillait en collaboration avec les organisatrices communautaires et la coordination, à mettre en place une programmation d'événements en phase avec les besoins du quartier. Par obligation légale, en raison de son mandat de CLSC, la Clinique doit se doter d'un comité des usagers. Entre 2006 et 2015, le Comité de Relation avec les Citoyen disparaît et est peu à peu remplacé par le comité des usagers. Cependant, en raison de la particularité de la Clinique, qui est dirigée par un CA presque exclusivement citoyen, contrairement aux CLSC, le rôle de ce comité citoyen faisait un peu doublon avec le CA. Après une période de tension, son rôle est aujourd'hui de s'assurer de la satisfaction des usagèr.e.s.

*Le comité des usagers est actif, il est en recherche de participants aussi. Il y a un enjeu de participation aussi je pense au comité des usagers. C'est un comité indépendant de notre conseil d'administration, ils sont peut-être 4, 5 dessus, mais ils sont quand même très actifs. Ils participent à différents comités internes de la clinique, notamment pour tout ce qui est qualité, sécurité des soins, satisfaction des usagers.*

*Marc, coordinateur général*

L'histoire de ce comité ne peut pas être traitée correctement ici, en raison notamment d'un manque d'information. Cependant, on observe tout de même un glissement entre un comité de mobilisation qui se concentre sur les liens entre la Clinique et le quartier vers un comité de protection des usagèr.e.s, (car c'est bien le rôle du comité des usagers de renseigner les usagers sur leur droit et leurs obligation et de promouvoir l'amélioration de la qualité des soins (LSSSS 212)). La disparition du Comité de Relation avec les Citoyen peut participer à expliquer les difficultés de mobilisation que vit la Clinique aujourd'hui.

Sur un autre plan, il existe un deuxième comité citoyen, très actif : le comité de lutte en santé. Le comité de lutte en santé est constitué de citoyens et citoyennes de la Pointe et d'ailleurs qui se mobilisent pour dénoncer des injustices en santé et faire changer les



choses. Ces mobilisations ont accompagné l'histoire de la Clinique : lutte contre la réforme de l'aide sociale dans les années 80, dénonciation des coupures en santé dans les années 90, participation à l'Opération Populaire d'Aménagement, lutte contre l'installation du Casino à la Pointe dans les années 2000...

*Et le comité lutte en santé a eu un grand rôle, clairement à jouer là-dedans des citoyens qui dénoncent tous ensemble, qui se regroupent pour dénoncer avec la validation de faire partie d'un organisme crédible qui est la clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles.*

*Sylvie, médecin*

Plus récemment, la lutte contre les frais médicaux accessoires ou la lutte pour la couverture des soins dentaires sont des exemples d'action menées par le comité de lutte en santé. En permettant à ses membres un engagement citoyen qui permet collectivement de faire reconnaître des besoins de santé auprès du gouvernement, ce comité participe directement à la démocratie, en développant l'agentivité des citoyen.ne.s. Le fait que des citoyen.ne.s puissent se réunir et être soutenus par des organisateur.ice.s communautaires et la légitimité d'une institution reconnue comme la Clinique pour mener à bien leurs revendications concernant leur santé est une des forces démocratique de la Clinique. L'importante participation à l'assemblée citoyenne pour expliquer le projet de Loi 15 de création de l'Agence santé montre que les personnes sont encore intéressées à participer aux mobilisations organisées par la Clinique. Mais cette assemblée était à l'initiative de la Clinique et non du comité santé. Nous n'avons pas eu la chance de discuter avec les membres du comité et nous avons remarqué leur absence lors du *Café-causerie autour des changements climatiques à la Pointe*, ainsi que la diminution des sorties médiatiques associées à ce comité qui semble moins actif que lors d'années précédentes. Les dernières publications facebook datent également de novembre 2023. Cependant, lors de l'assemblée générale annuelle de 2024, nous avons pu assister au fait que Stéphane approche toute les personnes présentes, surtout celles qu'il ne connaît pas, pour leur parler du comité et les inviter à le rejoindre.

#### **6.1.6 Dimension coopérative**

La dimension coopérative de la Clinique est extrêmement forte depuis ses débuts, elle se caractérise par son lien avec les autres organismes communautaires et par la manière dont elle offre les soins à ses usagè.e.s.

**Un tissu communautaire tissé serré** - La Clinique s'inscrit dans un milieu communautaire bien vivant et organisé. Elle siège à la table d'Action Gardien depuis la création de la table de quartier, et soutient les groupes de diverses façons depuis sa

création : envoyer une organisatrice communautaire pour soutenir l'organisation de tel projet, appuyer tel groupe dans sa lutte pour financer des initiatives. Une des particularités de la Clinique est son nombre d'organisatrices communautaires : 3 personnes pour une population de 15 000 personnes environ, d'après-elles c'est plus que la majorité des CLSC. De plus, l'équipe des OC a une autonomie que l'on ne retrouve pas ailleurs et qui s'est développée avec les années : auparavant sous la direction de l'équipe enfance-famille, elle est maintenant sous la direction directe du Directeur Général, et son rôle est un rôle autant d'action que de conseil. Les membres du CA actuels et plus anciens sont également impliqués auprès d'autres groupes : le B7, l'épicerie le Détour, la Société d'histoire, Madame Prend Congé... La majorité sont impliqués ou ont été impliqués dans un autre groupe. Cela fait en sorte que la Clinique est très bien ancrée dans son quartier et réfléchit en collaboration avec les autres acteurs communautaires sur les problématiques auxquelles le quartier fait face, comme le montre cet extrait :

*Je te disais, il y a une planification stratégique de toutes les tables, comment on peut recruter du monde et comment on peut aider pour le recrutement des autres aussi justement, entre autres, comité des citoyens usagers usagères de la clinique Pointe Saint Charles. Mais ça peut se parler aussi à travers un dîner par un autre groupe, chez Madame Prend Congé par exemple.*

*Lucie, administratrice*

**Une approche de soin adaptée à sa communauté** - La manière dont la Clinique offre ses soins est aussi caractéristique d'une philosophie basée sur la coopération. Premièrement l'approche communautaire, affirmée et réaffirmée tout au long de son existence et toujours prônée aujourd'hui est une spécificité de la Clinique qui souhaite sortir de l'approche *top-down* traditionnelle du rapport médecin-patient. Le personnel médical connaît le reste de l'équipe mais aussi les autres intervenants du quartier. Il est donc plus facile d'offrir des soins personnalisés et adaptés aux besoins des patient.e.s.

*Parce qu'on est un petit quartier, parce qu'on est un petit milieu, on finit par les connaître. Donc quand on parle à nos patients des prochaines étapes, puis de la partie justement, plus prévention, défense des droits, et cetera. On sait de quoi on parle, on sait à quel organisme on réfère et on est capable de transmettre ces sentiments-là de confiance aussi aux patients. Je crois beaucoup, beaucoup à cela de transmettre le lien de confiance. Donc si moi je réussis pendant 30 Min avec un patient à créer de confiance qui est assez forte, pis à lui dire "la prochaine personne que tu vas voir, moi j'ai confiance en cette personne-là" Et ben ce patient-là va aller dans le bureau de la prochaine personne de façon beaucoup plus probablement volontaire, en confiance aussi, avec optimisme. Ça c'est une super condition pour ensuite continuer à travailler tous ensemble et en équipe.*

*Sylvie, médecin*

Bien sûr, la médecin rencontrée travaille à la Clinique depuis longtemps, connaît très bien ses patient.e.s et le quartier, mais cela donne une idée des soins offerts à la Clinique

: la médecin ici n'est qu'une maille parmi le tissu communautaire sur lequel peuvent se reposer les citoyen.ne.s, elle prend son temps avec ses patient.e.s. De plus, la Clinique prend en charge de manière spécifique les patient.e.s aux besoins particuliers et s'assure de ne pas exclure une partie de ses usagèr.e.s en offrant uniquement des services de prise de rendez-vous par internet. Enfin, bien qu'il s'agisse de situations marginales, les médecins prennent des patient.e.s sans carte de RAMQ, les sage-femmes font l'effort d'avoir 30 % de leurs usagères en réfugiées/migrantes ultra précaires et les travailleur.euse.s sociales jeunesse vont parfois travailler avec les parents en plus des enfants.

Cette première partie d'analyse semble nous montrer que la Clinique Communautaire semble être un commun de santé bien qu'elle soit face à des difficultés. En effet, bien qu'elle peine à mobiliser ses membres et qu'elle ait du mal à conserver la mission de prévention et de santé communautaire tout en répondant aux exigences de sa mission de CLSC, elle conserve une part d'autoproduction grâce à son fonctionnement autonome par rapport au réseau de la santé, son accessibilité à tous les habitants de Pointe-Saint-Charles, un très fort ancrage dans sa communauté et son fonctionnement démocratique. La prochaine partie analysera si son mode de fonctionnement est compatible avec la deuxième partie de notre grille d'analyse qui cherche à identifier un commun de santé.

## **6.2 La Clinique et la décroissance : “*Produire moins, partager plus et décider ensemble*”**

Après avoir validé dans la partie précédente que la Clinique semblait répondre aux critères qui définissent un commun de santé, cette partie vise à évaluer comment son fonctionnement se rapproche ou s'éloigne des différentes proposition décroissanciste par rapport à la santé, que l'on peut résumer d'après Abraham (2019) en trois grandes propositions : produire moins, partager plus et décider ensemble.

### **6.2.1 Produire moins**

On a vu que d'après la littérature, le type de médecine compatible avec la décroissance repose sur la médecine préventive, le changement des mentalités par rapport à la santé et une diminution des ressources utilisées en santé.

**Médecine préventive** - La prévention est au cœur du projet de la Clinique depuis ses débuts et elle est encore très présente dans les pratiques de la Clinique. Les professionnels médicaux ont plus de temps avec les patients, ce qui permet d'aborder les causes des problèmes et de mettre en relation des patients avec les bons intervenants, dépendants ? de leurs problèmes. La Clinique a toujours organisé des activités de prévention collectives. On peut penser par exemple dans les années 2000 à l'activité "Je décroche mon diplôme", à destination des jeunes mère n'ayant pas terminé leurs études, ou bien actuellement le programme "PIED", qui vise à prévenir les chutes chez les aîné.e.s grâce à l'apprentissage de mouvements favorisant la mobilité et le renforcement musculaire. De plus, les trois membres de l'équipe d'organisation communautaire travaillent sur les déterminants sociaux de santé. La Clinique fait également de la vulgarisation, notamment dans ses communications avec ses membres ou l'on retrouve toujours des conseils en diététiques ou sur les saines habitudes de vie. L'activité sur les changements climatiques organisée en avril 2024 visait également à engager un dialogue avec les habitant.e.s de la Pointe sur les causes et les conséquences du changement climatique.

**Changement de mentalité** - Dans les textes portant sur la décroissance et la santé, le changement de mentalité passe par une redéfinition de l'idée de santé. La Clinique valorise son approche communautaire particulière, que l'on ne retrouve plus aujourd'hui dans le reste du réseau de la santé. Par contre, comme on l'a vu plus haut, la démedicalisation ne semble plus vraiment faire partie de son programme, du moins pas de la même manière qu'à ses débuts. De plus, pour ce qui est de la fin de vie, nous n'avons pas pu aborder le sujet avec les personnes passées en entrevue.

**Diminution des ressources utilisées en santé** - Le fait de travailler sur la prévention, notamment sur l'amélioration des déterminants sociaux de santé, de prendre le temps avec la patient.e.s pour éviter les traitements non-pertinents, qu'ils soient pharmacologiques ou autres, cela permet une diminution des ressources utilisées en santé.

*On est une équipe médicale très conscientisée par rapport à tout ce qui est pertinence des soins, puis de pas embarquer dans référer à tout bout de champ. Puis ça se désamorce vite avec un patient, peu importe son origine socio-économique ou culturelle. Ça se discute mais il faut juste prendre le temps et c'est ce qu'on a ici. On a le luxe du temps, donc ça aussi, c'est une des raisons pour lesquelles moi je suis bien et contente de continuer ici, c'est que personne me pose dans le dos pour voir des patients en 15 Min. Pis je le vois le moins un peu qu'on essaie d'être plus rapide, plus efficace, pour moi en tout cas ma*

*pratique à moi on réfère plus, on fait plus d'examens non pertinents parce qu'on prend pas le temps de dire aux patients "Regarde à ce stade-ci ta douleur est pas très inquiétante, je vais pas t'envoyer faire un scan pour ta douleur mais si dans un mois ça continue si t'as telle, telle douleurs et bien reviens ou je te rappelle dans un mois pour voir comment tu vas puis on le fera le scan à ce moment-là si ça continue" mais ça ça prend je vais dire des fois 5, des fois 10 Min de discussion avec les patients pour pour qu'on soit au clair, qu'on soit sûr qu'on s'est bien compris que il est d'accord avec le plan et cetera, puis une fois que ça s'est fait que c'est assis, reprendre le temps dans un mois pour le rappeler, puis faire le suivi au téléphone, et cetera.*

*Sylvie, médecin*

Depuis le début des années 2010, la Clinique tente de faire partir un comité vert, mais cela n'aboutit pas. La nouvelle planification stratégique remet la transition socio-écologique dans les priorités de la Clinique. Cela peut mener à changer certaines pratiques de la Clinique, à diminuer le type de déchets étiquetés à tort comme des déchets dangereux et à davantage recycler. C'est une toute nouvelle orientation de la Clinique, dont il reste à voir comment elle mettra en œuvre cette composante de son plan stratégique. En termes d'écoresponsabilité, il ne faut pas oublier que le déchet le plus facile à recycler, c'est celui qui n'existe pas. Et la prévention en santé par l'amélioration des conditions de vie et la diminution des inégalités permet de faire diminuer la demande en soins, et d'un point de vue décroissant, c'est là la force verte de la Clinique.

**Difficultés** - Les difficultés de la Clinique en matière de prévention sont le manque de ressources à allouer aux programmes de prévention, qui sont peut financés par le MSSS. De plus, il est difficile de mesurer l'impact de la prévention, et donc de valoriser le travail effectué dans ce sens. Enfin, il faut noter que dans la synthèse de la dernière planification stratégique, bien que la prévention soit très présente, la mention des déterminants sociaux de santé a disparu. Cela peut mener à un risque de mettre de côté cet élément essentiel, risque qui est aujourd'hui pondéré par le fait qu'au travers des entretiens on voit bien que c'est encore un élément très présent et important chez toutes les personnes rencontrées. En effet, selon le directeur général, les déterminants sociaux de santé sont encore aujourd'hui au cœur de la mission de santé publique de la Clinique, de son équipe de développement communautaire et de son organisation, bien que cela ne soit pas présent dans la synthèse de planification stratégique.

### 6.2.2 Partager plus

La spécificité de la Clinique en terme de partage n'est pas tant dans l'accessibilité de ses services, qui ne diffère pas vraiment du reste du réseau : l'accès aux soins est difficile et il n'y a pas assez de personnel médical pour répondre aux besoins de la population, ce qui ne supprime pas les inégalités liées à une médecine à deux vitesses que l'on retrouve ailleurs au Québec.

*En 16 ans je vois vraiment un changement au niveau des gens qui viennent consulter, qui viennent demander des soins et plus t'as une population éduquée, riche, plus c'est une population qui est capable de se débrouiller pour avoir des soins facilement. Donc qui naviguent dans le système plus vite, plus facilement, incluant à la Clinique. Comment on va faire pour continuer à rejoindre les gens qui sont chez eux, les gens qui sont dans la rue les gens qui sont isolés, les gens qui sont marginalisés alors que les autres affluent plus facilement à la clinique.*

Sylvie, médecin

Par contre, là où la Clinique permet vraiment un meilleur partage entre ses membres, c'est grâce à son fonctionnement démocratique décrit plus haut et à ses luttes en santé et pour l'amélioration des déterminants sociaux de santé.

**Amélioration des déterminants sociaux de santé** - L'amélioration des déterminants sociaux de santé passe par une amélioration des conditions de vie et une réduction des inégalités, ce qui représente un des axes d'action de la Clinique, via le travail des organisatrices communautaires.

**Équité** - À travers son histoire, la Clinique s'est mobilisée pour diverses luttes en santé qui visait un meilleur partage des ressources et une accessibilité pour tous aux soins, notamment par le passé lors de son soutien contre la réforme de l'aide sociale, mais plus récemment grâce à sa lutte contre les frais accessoires et la taxe santé. De plus, ce modèle est reproductible ailleurs au Québec et dans le monde. Plusieurs cliniques ou centres de santé s'inspirent de ce modèle, par exemple la Case de santé, la Place Santé (France Culture, 2023), Village 2 santé (Gilson, 2020).

### 6.2.3 Décider ensemble

Selon notre cadre d'analyse, décider ensemble signifie développer l'autonomie des bénéficiaires, participer à la déprivatisation du système de santé et développer une synergie entre le système autonome et hétéronome qui ne soit pas contreproductive pour les usagèr.e.s.

La structure de gouvernance de la Clinique permet en théorie à ses membres de décider ensemble du devenir de la Clinique et des orientations de celle-ci. Dans la revue de littérature sur le sujet, on a vu qu'il était important que les usagèr.e.s soient le plus autonomes possible, afin qu'i.e.l puissent être intégré.e.s aux décisions. Si les bénéficiaires développent peu leur autonomie en termes de pratique, i.e.l sont par contre intégré.e.s au processus décisionnel grâce au Conseil d'Administration, à l'assemblée générale et aux comités des citoyen.ne.s. De plus, la philosophie de gestion participative permet aussi aux employé.e.s de participer aux prises de décision les concernant. La Clinique participe à la déprivatisation de plusieurs manières. Premièrement, le fait qu'elle conserve son autonomie la préserve en partie de la privatisation qui menace le reste du réseau : a priori, elle n'est pas directement concernée par les changements amenés par la Loi 15. Au début de la Clinique, le paiement des médecins au salaire et la constitution du fond social pour permettre de payer les médicaments des personnes les plus démunies, ainsi que la création d'une pharmacie communautaire témoignent des efforts de la Clinique contre la privatisation de la santé. Aujourd'hui le comité de lutte en santé continue de lutter contre la privatisation du système de santé grâce à plusieurs campagnes. Concernant la synergie entre les deux systèmes autonomes-hétéronomes, c'est une des difficultés que vit la Clinique depuis ses débuts. Il s'agit d'une tension à la fois interne et externe. En effet, à l'interne, les citoyen.ne.s elleux-mêmes désirent plus de services de santé, et cela depuis la création de la Clinique. C'est encore le cas aujourd'hui, comme le montre cet extrait d'entretien avec le coordonnateur de la Clinique, qui rapporte les retours des usagèr.e.s lors de sa planification stratégique :

*“Ce qu'on veut c'est des services finalement quoi” donc c'est ce qu'on nous a dit aussi dans notre planification stratégique. “Concentrez-vous sur l'accès à vos services déjà. Quand vous aurez de bons services, on verra si on a envie de s'engager auprès de vous.”*

*Marc, coordonnateur général*

De plus, les employé.e.s qui viennent du réseau de la santé ne sont pas habitués aux manières de fonctionner de la Clinique, et parfois, selon certaines personnes rencontrées en entrevue, c'est plus à la Clinique de s'adapter à eux que le contraire. Pour pallier à ce problème là, une formation qui présente l'histoire et les valeurs de la Clinique est maintenant obligatoire pour toutes les employé.e.s y compris les cadres, ainsi que pour le CA. Sur le plan des tensions externes, la Clinique fait face depuis sa création à des tentatives du réseau pour lui faire perdre son autonomie et la faire rentrer dans les rangs. Ces affrontements se cristallisent lors des négociations des ententes de financement qui

assurent à la Clinique son budget de fonctionnement. Ces ententes déterminent les relations entre la Clinique, le MSSS et le CIUSSS du Centre Sud de Montréal. Elle doit aussi se conformer à ses obligations légales et respecter son budget.

*On a renouvelé notre convention de financement y a peu de temps. Puis on a fait rajouter les priorités de la clinique où on a un article qui nomme les plus en tête exactement, mais en gros, que la clinique, dans le développement de ses services, doit considérer d'abord les orientations ministérielles, le plan d'organisation du CIUSSS Centre Sud puisqu'on est sur le territoire du CIUSSS Centre Sud. Donc après, selon le ministère, on doit d'abord considérer les orientations du ministère, celles du CIUSSS Et ils s'étaient arrêtés là. Et on leur a dit, hop, hop, hop, on a nos priorités de quartier, on a nos priorités et, que moi j'avais essayé de placer en tout premier lieu et puis bon ils l'ont placé à la fin, mais en gros dans la logique c'est ministère, CIUSSS et les priorités de la clinique. Dans les faits, on suit NOS orientations et NOS priorités de la clinique qui s'arriment avec nos obligations légales évidemment, puisque c'est une de nos grandes responsabilités, mais aussi avec les besoins et les demandes du quartier, de la population et de remonter notre projet, de revenir à un modèle de santé communautaire propre, avec être dans de la recherche, du développement, et cetera. C'est ça notre engagement*

*Marc, coordinateur général*

Malgré les difficultés à mobiliser les citoyen.ne.s, l'assemblée générale annuelle est encore un lieu d'éducation populaire, de discussion et de décision des habitant.e.s du quartier. Comme la majorité des usagèr.e.s de la Clinique sont des personnes âgées, la rencontre a lieu dans le pavillon des aînés de Pointe-Saint-Charles, pour favoriser la présence du plus de monde possible. Chaque étape de l'AG est expliquée, y compris des étapes comme la reconnaissance territoriale. Lors de la présentation des des priorités, un citoyen s'est exprimé pour demander qu'on en ajoute une, qui a été ajoutée. Une citoyenne s'est étonnée de la simplification des états-financiers présentés, et le directeur général s'est excusé et a assuré qu'il modifiera le rapport "tout public" pour ajouter les états-financiers complets. Nous avons pu observer une réelle participation citoyen.ne.s. Au long de cette analyse, on remarque que la Clinique correspond assez bien à la description du commun, et à une approche de santé qui s'inscrit dans la vision décroissantiste de la santé mais elle n'échappe pas à ce que nous appelons la bureaucratisation. La prochaine partie décrira plus en détail quels sont les éléments qui selon nous menacent le statut de commun de la Clinique.



## 6.3 La bureaucratisation au coin du tournant ?

### 6.3.1 Éléments caractéristiques de la bureaucratisation

La bureaucratisation est un élément qui accompagne souvent une structure qui grandit, et il est normal qu'en 50 ans d'existence, certains aspects du fonctionnement de la Clinique soient bureaucratisés. Par exemple, instaurer des normes en milieu de santé est essentiel, comme le montre cet extrait :

*Y a des bonnes choses à retirer de certaines normes à suivre pis c'est des occasions de se rassembler pour réviser des processus qui sont importants de réviser, pour moi y a du positif là-dedans. Puis je veux dire, c'est important que le milieu de soins ait des normes de qualité à suivre, même essentiel. Donc y a des éléments positifs dans tout ça. Puis c'est quand t'as des échéanciers puis des choses à remplir, mais ça t'oblige à mettre en action, puis à mettre la lunette là-dessus. Puis c'est super adéquat pour la sécurité puis la qualité des soins. Donc pour moi y'a plein d'éléments positifs à faire ça. C'est tout à fait normal de pas être parfait au début puis de devoir revisiter, réévaluer, puis ensuite rendre des comptes puis y arriver. Tu sais donc pour moi il y avait plein de choses constructives puis positives là-dedans.*

Sylvie, médecin

Une majorité des personnes rencontrées en entrevue voit d'un œil positif la hiérarchisation de l'équipe de la Clinique. Selon ces personnes, cela va vraiment alléger la charge de travail des coordonateurices d'équipe et ainsi éviter du roulement de personnel tout en permettant à la Clinique de poursuivre sa mission en ayant des orientations claires grâce à des directeurs et directrices concentré.e.s sur la réalisation du plan stratégique et non uniquement l'opérationnel du quotidien. Cependant, la bureaucratisation peut également mener à une perte de pouvoir des personnes impliquées dans l'organisation, qui se retrouvent dans une situation de domination légale ou elles sont pieds et mains liées devant des règlements imposés par un pouvoir central. De plus, la bureaucratisation du milieu de santé est spécifiquement critiquée au Québec pour plusieurs raisons.

### La bureaucratisation du système de santé Québécois

Plourde (2024) montre très bien dans son dernier livre comment la bureaucratie affecte négativement le système de santé du Québec. La chercheuse explique que devant les difficultés d'accès à un médecin et les besoins grandissants de la population en termes de soin, un discours est apparu, porté entre autres par le ministre de la santé lui-même : le public, à cause de la bureaucratie, est inefficace et privatiser une partie du système va résoudre certains des problèmes du réseau. Elle déboulonne ce mythe grâce à trois

arguments. Tout d'abord, elle montre que si on compare la situation du Québec avec celle des États-Unis, dont le système de santé est bien plus privatisé, on remarque que le privé est pire que le public en termes de bureaucratisation. En effet, la multiplication des acteurs complexifie la gestion des dossiers des patients et les frais associés à la bureaucratisation aux États-Unis sont bien plus élevés que ceux des réseaux publics.

Ensuite, elle montre que la bureaucratisation du secteur de la santé est en grande partie la faute du privé. La source de la bureaucratisation du réseau de la santé provient de la centralisation, les redditions de comptes de plus en plus importantes, la production de statistiques grandissante, or, ces nouvelles méthodes de gestion sont directement issues du modèle de l'entreprise privée. Il s'agit d'un nouveau modèle de gestion qu'on appelle la nouvelle gestion publique provenant du tournant néolibéral des années 80 et qui part du principe que comme les entreprises performant "mieux" que l'Etat, il faut s'inspirer de son fonctionnement, et privatiser les secteurs qui peuvent l'être. Elle montre également que le partenariat public privé génère encore plus de bureaucratisation. En effet, comme les médecins ne sont pas devenus des salariés de l'Etat mais sont restés des entrepreneurs, ils ne répondent pas aux priorités de l'Etat, qui est de soigner en premier des cas les plus graves et d'offrir des soins équitables sur tout le territoire. Pour pallier ce problème, de nouvelles réglementations sont mises en place. De plus, les médecins sont rémunérés à l'acte, ce qui génère également de nombreuses factures, de plus en plus nombreuses à mesure que chaque acte professionnel devient un acte facturable : réunions, coups de téléphones de suivi et discussions de cas entre collègues y compris. En plus d'être inefficace, ce système est nocif : la rémunération à l'acte est associée au surdiagnostic et au surtraitement, deux phénomènes aux conséquences à la fois coûteuses et dangereuses. Elle montre finalement que la bureaucratisation du secteur de la santé est en grande partie la faute du privé. La source de la bureaucratisation du réseau de la santé provient de la centralisation, les redditions de comptes de plus en plus importantes, la production de statistiques grandissante, or, ces nouvelles méthodes de gestion sont directement issues du modèle de l'entreprise privée. Il s'agit d'un nouveau modèle de gestion qu'on appelle la nouvelle gestion publique provenant du tournant néolibéral des années 80 et qui part du principe que comme les entreprises performant "mieux" que l'Etat, il faut s'inspirer de son fonctionnement, et privatiser les secteurs qui peuvent l'être. Cette centralisation est appuyée par le milieu privé (Plourde, 2024). Les gestionnaires sont très loin du terrain, les outils de mesures de performance doivent être

de plus en plus importants pour qu'ils soient en mesure de mieux prendre des décisions. En 2018, avant même le début de la pandémie, le secteur de la santé était déjà exsangue et plusieurs professions médicales lançaient des cris d'alerte sur le haut niveau d'épuisement professionnel. Certains chercheurs mettent les modes managériaux associés à la nouvelle gestion publique (NGP) en cause pour expliquer cet état des faits (Drolet et al., 2017). La NGP se justifie par le vieillissement de la population, l'évolution technologique et la demande des patients. Elle se définit par "la gestion par résultats, de la livraison de services de qualité, de la reddition de compte centré sur le client, de l'évaluation de programme, de l'imputabilité des fonctionnaires, de la privatisation et de la gestion horizontale des ressources humaines, de la mise en concurrence, de la décentralisation ou du délestage de pouvoir à de nouvelles instances" (Bourque, 2007). Elle emploie entre autres comme outil le *lean management*, qui a été introduit dans le système de santé du Québec au début des années 2010. Ce type de management vise à augmenter la productivité des travailleurs en intensifiant la charge de travail pour qu'elle soit plus stimulante. Cette méthode implique de pouvoir mesurer l'efficacité de chaque tâche effectuée. Si cette méthode peut éventuellement porter ses fruits sur un chaîne de montage ou les opérations sont définies et mécaniques, il est plus compliqué de l'appliquer à un travail centré sur les rapports humains et cela peut mener à une crise du travail (surcharge de travail, temps supplémentaire obligatoire, détresse psychologique, épuisement professionnel, démissions, absentéisme et difficultés de recrutement), semblable à celle que l'on observe depuis plusieurs années dans les hôpitaux québécois (Lapointe, 2022, Grenier et al., 2021). Les processus sont déterminés entre gestionnaires et médecins, ce qui enlève du pouvoir aux autres professionnels. Les infirmières ne peuvent pas exercer l'ensemble de leur champ de compétence, en raison du nombre de patients qu'elles doivent traiter, de la lourdeur de leur tâche administrative et de la composition des équipes de travail, ce qui diminue leur satisfaction au travail (Déry, D'Amour et Roy, 2017). Cette nouvelle approche managériale modifie l'*ethos* des professionnels médicaux : l'emphase est mise sur les résultats plus que sur la relation avec les patient.e.s. De plus, les citoyens sont exclus du processus décisionnel (Drolet et al., 2017).

La partie suivante décrira quelques éléments qui peuvent être un danger pour la Clinique et lui faire perdre peu à peu son autonomie et l'éloigner de l'idéal-type du commun.

### 6.3.2 Risque de perte de sa capacité d'autoproduction

**Outils de gestion et normes** - L'utilisation d'outils de gestion et de normes adoptés par une structure mais pas développés à sa mesure peut lui faire perdre son autonomie décisionnelle. Lorsqu'un organisme change d'échelle et doit à la fois gérer une équipe importante, plusieurs milliers d'usagèr.e.s et en plus rendre des comptes à divers parties prenantes : ici le MSSS et les citoyen.ne.s, il se voit dans l'obligation d'utiliser des outils de gestion. Cependant, utiliser des outils de gestion issus du modèle néolibéral mène à un risque d'une néolibéralisation de l'organisme qui les utilise. Il peut être intéressant pour les organismes à vocation sociale et démocratique d'utiliser des outils développés spécifiquement pour ce genre d'organisme, qui répondent à d'autres logiques que les outils traditionnels et qui s'inscrivent plus dans une trajectoire social-démocrate ou émancipatrice. De plus, il peut être pertinent de co-créeer les outils entre les personnes qui les utilisent. Nous pensons notamment aux tableaux de bord, aux focus groupes, aux statistiques... D'autant plus que le MSSS travaille avec les statistiques mais ne les traite pas avec la finesse nécessaire pour reconnaître la raison derrière les différences performance des CIUSSS, comme le montre cet extrait d'entretien avec un cadre supérieur d'un CIUSSS :

*Y a un travail de raffinement parce que si mettons mes clients dans le CIUSSS l'Est sont beaucoup plus malades, puis on a des données, sont plus âgés, sont plus malades, c'est vrai. Là, dans les faits donc, quand je rencontre des clientèles, c'est plus long, elles sont moins éduquées, c'est vrai aussi, donc ma clientèle est plus lourde donc je vais avoir moins de monde dans mon année, ce qui est tout à fait normal.*

*Mais qui pourrait expliquer ton manque de performance comparativement à un autre juste où t'as une clientèle jeune de banlieue, les gens sont moins malades, donc ils sont plus éduqués, il faut dans tes analyses que tu tiennes compte de tout ça.*

*Mais, mais on n'est pas, on n'est vraiment pas rendus là, je te dirais, c'est un grand manque là.*

*Jean, cadre supérieur d'un CIUSSS*

Les statistiques et les redditions de compte au MSSS ne reflètent pas le travail de la Clinique en matière de prévention.

*Dans la plupart des établissements de santé où ils ont peu de contacts avec la population, ils vont appliquer le programme d'une certaine façon, très normé et très comme les statistiques vont rentrer d'une certaine façon. Ici, on a un lien communautaire avec les habitations collectives, on connaît les populations, ce qui fait que le programme va être donné différemment. On va finir par coder les choses pour faire les statistiques, mais concrètement, sur le terrain, on a une capacité d'action, d'autonomie, qui fait en sorte qu'on peut peut-être travailler un peu plus sur de la prévention ou on peut faire des interventions collectives où on va donner les services d'une autre façon lorsqu'on a une meilleure connaissance de la population locale, ce qui fait que des fois ça crée ça peut créer des, pas des confrontations, mais des inadéquations entre la manière dont on donne le service et la manière dont le ministère va comptabiliser les services. On a toujours une tension qui se fait comme ça.*

*Magalie, organisatrice communautaire*

Le respect de la Clinique aux normes qui garantissent la sécurité des usagèr.e.s est mesuré grâce à Agrément Canada. Le problème est que l'agrément laisse vraiment peu de place à la prévention et à la santé publique et bien que dans ce domaine là ses bonnes pratiques soient saluées, cela ne constitue vraiment pas le cœur de l'évaluation. De plus, une partie des normes semble constituer même une perte de temps. Le lavage des mains semble un bon exemple : il est demandé d'utiliser des outils de mesure pour vérifier que les professionnel.le.s se lavent bien les mains, comme par exemple mesurer la descente du savon.

*Après on peut aussi contester des fois c'est quoi ces normes? Pis ce qui ce qui demande de faire surtout sur les rôles professionnels, tu sais. Voilà des fois des choses qu'on peut trouver des fois un peu ridicules. Tu sais on sait très bien que les professionnels font une chose correctement mais y sont obligés de suivre une formation qui leur prend 3 h pour apprendre à se laver les mains ou pour apprendre à faire un test dans la gorge pour un streptocoque je disais ya des trucs des fois qui disaient Mais ça c'est vraiment la bureaucratisation des soins qui nous fait perdre notre temps et à tous.*

*Sylvie, médecin*

La professionnalisation réserve les actes médicaux aux personnes formées en ce sens, mais en plus elle instaure des outils de mesure pour vérifier que leur travail est bien fait. Cette accumulation de normes peut menacer l'énergie que l'équipe peut allouer à la réalisation de sa mission, la prévention et la promotion de la santé.

**Vocabulaire** - L'évolution du vocabulaire employé dans les documents de la Clinique souligne selon moi une tendance à l'éloignement de la mission de départ. Dans la synthèse de la nouvelle planification stratégique, la notion de diminution des inégalités et de déterminants sociaux de santé disparaît. La référence au contrôle des citoyen.ne.s est aussi beaucoup moins présente. Depuis 2014, la mention de la mission historique de la Clinique a disparu des rapports annuels alors qu'elle était présente depuis 1973. De plus, si dans les documents et dans le vocabulaire des employé.e.s de la Clinique, le mot "client" n'est jamais utilisé, il est apparu une ou deux fois chez un des membres du conseil d'administration. Chez le cadre du CIUSSS rencontré, il s'agissait du vocable privilégié pour désigner les patient.e.s.

**Équipe** - La hiérarchisation des équipes qui se manifeste par l'apparition d'un nouveau palier de cadre et par le changement d'appellation du coordonnateur général qui devient un directeur général, secondé par un nouveau palier de cadres, les directrice.s de service, est bien acceptée par les personnes rencontrées. L'impact de ce changement d'organigramme sur la culture de l'organisme se mesurera dans les prochaines années, il

est possible que cela serve au contraire à développer l'autonomie des équipes, qui auront moins de gestion à faire et pourront davantage se concentrer sur leur travail. Il faut noter que la hiérarchisation et la centralisation n'est pas l'unique motion qui anime les évolutions de l'équipe de la Clinique. En 2014, un changement d'organigramme avait modifié la place des OC et de l'agente de communication pour les rapprocher du coordinateur général, leur offrant alors une plus grande autonomie. De plus, toutes les agentes d'accueil sont des personnes qui viennent du quartier et qui connaissent les usagèr.e.s grâce à leur ancrage local, ce qui n'a pas toujours été le cas.

### 6.3.3 Risques de perte de sa force démocratique

Les deux difficultés majeures que subit la Clinique et qui mettent en péril son fonctionnement démocratique sont la gentrification et les difficultés de mobilisation des citoyen.ne.s. Ces deux éléments sont revenus extrêmement souvent au fil des entretiens.

*Alors on a des nouveaux arrivants qui sont pas au courant de comment ça marche. Vivent dans une société comme pointe Saint-Charles et on a des bonnes personnes impliquées, intelligentes, intéressées, intéressantes, qui doivent quitter Pointe-Saint-Charles ? parce qu'ils peuvent plus vivre. C'est trop cher. Alors comment on arrête cette hémorragie là pour que notre bon monde reste chez nous? Puis comment impliquer maintenant les nouveaux qui ont absolument aucune idée comment ça fonctionne à Pointe Saint Charles pour les impliquer?*

*Lucie, Administratrice*

**Gentrification** - La population du quartier évolue, les logements sont de plus en plus chers et de nombreuses personnes qui ont grandi à la Pointe sont obligées de partir (Goudreault, 2022, Regroupement Information Logement, 2021). Cela cause une inquiétude chez les personnes rencontrées en entretien pour plusieurs raisons. Les conséquences de la gentrification pour la Clinique sont un risque de changement des priorités votées par l'Assemblée générale, un changement dans la manière de s'impliquer auprès de la Clinique de la part des citoyen.ne.s. et un risque de la disparition de la représentativité des citoyen.ne.s impliqué.e.s. Ces inquiétudes ne sont pas infondées. En effet, alors que la population change, la composition du conseil d'administration change, reflet de nouveaux habitants du quartier, plus éduqués et aux profils de gestionnaires. Cela influe sur les priorités votées en Assemblée Générale, en analysant l'évolution des priorités stratégiques votés au fil des années, on observe un glissement des priorités

majoritairement axées au départ sur offrir un service aux personnes qui en ont le plus besoin (jeunes, âgé.e.s), appuyer les luttes du quartier (améliorer l'aménagement du quartier par exemple) (CCPSC, 1988) vers les priorités plus axées sur la Clinique, améliorer son fonctionnement et ses méthodes de gestion (améliorer la l'accessibilité, développer la disponibilité de la main d'oeuvre qualifiée (CCPSC, 2012). Bien sur, il reste des priorités axées sur le développement de projets spécifiquement axés vers la population : la lutte pour les soins dentaires par exemple dans les années 2010, ou le développement d'une maison de naissance à la fin des années 2010 mais on note tout de même cette évolution qui reflète selon moi une gentrification du quartier et du Conseil d'Administration. Une des inquiétudes de ce changement de population est aussi liée au changement de culture des nouvelles personnes qui arrivent dans le quartier, qui travaillent beaucoup, qui n'ont pas la culture d'engagement et l'ancrage dans le quartier, qui ne connaissent et ne reconnaissent pas sa spécificité. Enfin, du fait de la professionnalisation du Conseil d'Administration, il y a un risque de non représentation des personnes de la Pointe les plus marginalisées (personnes vivant avec un faible revenu, parents monoparentaux), qui bien qu'elles soient moins nombreuses qu'avant, sont encore une part très importante de la population. Sans en être l'unique explication, cet enjeu de gentrification est lié aux difficultés de mobilisation que vit la Clinique aujourd'hui

**Difficulté de mobilisation** - Une des plus grosses difficultés que vit la Clinique est la perte de mobilisation de ses membres. Ce n'est pas un problème propre à la Clinique, c'est tout le tissu communautaire qui en fait l'expérience :

*La Culture a changé fait que la capacité de mobilisation collective elle s'est beaucoup modifiée.*

*Moi, je le vois en tant qu'organisatrice communautaire depuis quinze ans. C'est une de mes questions majeures, c'est "oh mon dieu comment ça se fait que les gens ne sortent plus dans la rue." Les gens sont difficilement mobilisables sur des projets collectifs et pendant un certain temps. J'ai pas de réponse à ça, c'est assez assez difficile mais c'est comme ça partout.*

*Magalie, organisatrice communautaire*

*C'est généralisé. Là, quand je discute avec d'autres directions, je pense que la mobilisation, le militantisme s'efface un peu quand même.*

*Marc, Directeur général*

Pour tous, le constat est unanime, la population ne se mobilise plus pour des causes sociales comme c'était le cas par le passé. La différence est d'autant plus marquée dans

le quartier, en raison du problème de gentrification évoqué plus haut : la nouvelle population peut accéder à des services de santé privés, ce qui n'encourage pas à lutter pour la préservation d'une "santé pour tous" dont ils n'ont finalement pas besoin. Pour nuancer cet état de fait, on peut cependant noter à la lecture des anciens procès verbaux des années 70 et 80, qu'à l'époque aussi la mobilisation semblait être un enjeu. Il est possible que la vision actuelle de l'engagement de ces années-là soit un peu idéalisée. Il reste cependant qu'actuellement la participation citoyenne est assez basse. Mis à part le changement de culture général dans la société par rapport à la mobilisation, évoqué par plusieurs participant.e.s, plusieurs éléments propres à la Clinique peuvent participer à expliquer cet état de fait. Premièrement on a une disparition du Comité de Relation avec les Citoyens, qui était chargé de faire le lien entre la Clinique et les citoyen.ne.s, grâce entre autres à l'organisation d'évènements. Deuxièmement, le fort roulement de personnel à la Clinique : chaque personne en lien avec les citoyen.ne.s qui prend sa retraite ou qui démissionne, sectionne en partant ses liens qu'elle entretenait entre la Clinique et les citoyen.ne.s. Troisièmement, la bureaucratisation de la Clinique, enjeu que nous développerons plus bas et lié à la professionnalisation de sa gestion, coupe également la Clinique d'une partie de ses membres. Lors du Café Causerie autour des enjeux climatiques, les deux seules personnes du quartier qui sont venues spécifiquement pour l'évènement parce qu'ils avaient vu les affiches, et qui sont restées plus d'une heure à l'évènement sont des personnes qui ne maîtrisent pas le jargon administratif et qui ne peuvent pas prendre part à des discussions portant sur les enjeux organisationnels de la Clinique. Par contre, ces personnes, qui en une rencontre évoquent leur problème de logement et de soins dentaires ont probablement des choses très intéressantes à dire sur les besoins de la population en termes de prévention et de santé.

#### **6.3.4 Risques de perte de la capacité de coopération**

Sa structure de gouvernance lui permet aujourd'hui d'inclure les citoyen.ne.s à plusieurs niveaux, mais si elle ne parvient pas malgré sa professionnalisation à conserver une mixité sociale au sein des structures citoyen.ne.s, c'est un risque de moins bien répondre aux besoins de santé des personnes qui en ont pourtant le plus besoin, les personnes les plus pauvres et les moins éduquées. De plus, la question des salaires est une question que



nous ne traiterons pas en détail ici. Notons cependant qu'à l'origine, la Clinique avait une politique de salaire basée sur les besoins des personnes et non uniquement sur leur niveau de diplôme ou leur poste. Peu à peu, pour différentes raisons, mais surtout pour réussir à conserver le personnel qui démissionnait à cause des salaires trop bas, les salaires se sont rapprochés de ceux du réseau de la santé. Aujourd'hui, lors de la dernière convention signée entre la Clinique et les employé.e.s, il a été convenu que les salaires égalent ceux du réseau. Cela crée plus d'inégalité entre les membres du personnel, mais plus d'égalité avec le reste du réseau, nous ne nous positionnons pas ici sur ce changement, mais nous notons cependant que cela amène parfois à des situations qui va dans le sens contraire de l'esprit salarial des début de la Clinique, avec par exemple certaines stagiaires qui ne sont pas payé.e.s, même dans le cas où elles ont des enfants. En ne payant pas ses stagiaires, la Clinique profite du travail gratuit d'étudiantes majoritairement féminines. Enfin, la relation entre la Clinique et les groupes communautaires est une histoire de collaboration mais qui ne va pas sans son lot de tensions. Jusqu'à la fin des années 90, pour reconnaître le travail des groupes en termes d'amélioration des conditions de vie de quartier, la Clinique leur versait 1 % de son budget sous la forme d'ententes de service. Au cours des années 2000, ce montant est peu à peu descendu jusqu'à atteindre en 2020 la somme de 21 258 \$ distribuée à cinq organismes (sur un montant disponible de 43 000\$) puis à partir de 2021 la Clinique a cessé d'organiser de nouvelles ententes car d'après une administratrice cela ne répondait plus aux besoins des groupes car ils avaient maintenant d'autres sources de financement et que de toute façon ils ne dépensaient pas toutes les sommes reçues. Les derniers financements ont été accordés l'an passé et ne seront pas reconduits. Nous n'avons pas eu l'occasion de discuter avec les groupes de comment cette décision était perçue mais selon nous, cela ne va pas dans le sens de "partager plus".

#### **6.4 Conclusion**

Selon nous, cette analyse nous montre que la Clinique est bel et bien un commun de santé, si on accepte qu'un commun n'est pas un objet figé mais plutôt un processus dynamique lors duquel des personnes se rassemblent pour répondre à un ou plusieurs besoins : elle a bien changé depuis sa création, mais reste aujourd'hui encore une d'organisation qui se bat contre la marchandisation de la santé et valorise l'autonomie de ses usager.e.s. On retrouve les différentes dimensions qui caractérisent notre idéal-type du commun. Après 50 ans à évoluer au sein du système de santé Québécois

ultrabureaucratique (Plourde, 2024), la Clinique se bureaucratise peu à peu et se rapproche d'un modèle hybride de "commun bureaucratique" (avec les risques que cela comporte), mais réussi à conserver son approche unique, qui s'inscrit presque en tout point dans la ligne des propositions des auteur.ices décroissants présentées dans le chapitre 2. Selon l'approche décroissanciste choisie dans ce mémoire, ces propositions peuvent être synthétisées en trois grandes catégories : produire moins, partager plus et décider ensemble. En effet, la valorisation de la médecine préventive (travail sur les déterminants de santé, plus de temps avec les patient.e.s, vulgarisation, intervention collective) et vouloir participer à la transition socio-écologique permet de diminuer les ressources matérielles utilisées, et donc de "produire moins". La collaboration avec les groupes communautaires, la lutte contre les inégalités sociales, le fait de rendre les services accessibles même à des personnes sans RAMQ ou qui ne peuvent pas prendre rendez-vous sur internet contribuent à "partager plus" et enfin, le fait que la Clinique doivent rendre des comptes à une assemblée générale composée de citoyen.ne.s, que le CA soit entièrement citoyen et siège sur plusieurs comités en plus de s'occuper de ses affaires courantes, et le fait qu'il existe un comité de lutte en santé favorisent l'aspect "décider ensemble".

## CHAPITRE 7 - CONCLUSION

À la question de savoir s'il était utile d'au moins tenter d'imaginer décroissance du système de santé, il nous est apparu que oui, cela valait la peine. En effet, bien que nécessaire, le système de santé participe lui aussi à la crise socio-environnementale à laquelle nous faisons face et qui risque de s'aggraver dans les prochaines années. Selon le cadre d'analyse décroissanciste développé par Abraham (2019), ce système est, dans sa forme actuelle, insoutenable, injuste et aliénant. Devant cette réalisation, nous avons étudié quelles étaient les propositions existantes pour pouvoir offrir des soins de santé décroissancistes, c'est-à-dire qui soient soutenables, équitables et émancipateurs. Les auteur.ice.s suggèrent de redéfinir notre idée de la santé en mettant l'emphase sur la médecine préventive et sur des types de soins qui soient distribuables à tous.te.s aujourd'hui et demain. Iels proposent également de développer l'autonomie des usagèr.e.s, en les plaçant au cœur du processus décisionnel mais aussi au cœur de la pratique, en se basant sur les principes de santé communautaire. Enfin, iels suggèrent de diminuer les ressources utilisées grâce à la déprivatisation et à l'évolution des formations en santé. Ces différentes recherches prenant peu d'exemples concrets en exemple, ce mémoire s'est attaché à illustrer un cas qui, selon nous, pourrait correspondre à un commun de santé : la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles. Après avoir présenté nos concepts et notre méthodologie, nous avons présenté une histoire succincte de la Clinique, au regard du sujet qui nous intéressait, les communs de santé. L'analyse de cette histoire, ainsi que d'entretiens semi-dirigés et de quelques heures d'observation nous a permis de montrer que selon nous, le modèle de la Clinique, surtout à sa création mais encore aujourd'hui, est compatible avec une vision décroissante du système de santé. Cependant, dans un système de santé très axé sur une culture de la mesure quantitative et de plus en plus normé, elle se bureaucratise peu à peu et risque toujours de s'éloigner de sa mission. C'est un risque qu'elle court depuis plus de 50 ans, et qu'elle réussit toutefois à écarter, années après années.

### 7.1 Apport de la recherche

Le principal apport de cette recherche est de montrer que, sans être un modèle de commun parfait, la Clinique peut-être considérée comme un commun et représenter un modèle (parmi d'autres) d'organisation compatible avec un système de santé décroissant, qu'il ne s'agit pas d'une utopie mais d'un projet bien vivant, et dans le cas de la Clinique, vivant depuis 50 ans. Cette recherche présente aussi une critique du système de santé à la lumière d'un cadre d'analyse décroissant, ainsi qu'une revue de littérature portant sur les propositions qui visent à faire décroître le système de santé ce qui contribue au champ de recherche considérant le peu d'écrits portant sur le sujet dans la littérature académique. Enfin, la monographie présentée au chapitre 5 est un document qui pourra être utilisé par la Clinique ou par d'autres chercheurs. Il existe une version de cette monographie plus longue avec toutes les références, à disposition sur demande pour les personnes qui veulent retrouver les informations directement dans les documents.

## **7.2 Limite de la recherche**

Cette recherche est loin d'être parfaite et aurait pu être mieux réalisée à plusieurs égards. Sur le plan théorique, bien que, je crois, intéressante, la grille d'analyse développée ici est bricolée à l'occasion de ce travail, elle mériterait d'être mieux développée. Sur le plan méthodologique, notre enquête aurait pu être plus complète. Tout d'abord, il faut noter que l'analyse de contenu réalisée, bien que conséquente, est loin d'être exhaustive. Nous n'avons pas réussi à aller visiter les archives de la Clinique, stockées à l'Université Concordia, qui constituent une mine d'information qui aurait enrichi grandement la réalisation de notre monographie. Concernant notre enquête de terrain, le faible nombre d'entretiens peut également être critiqué. Considérant les différents types de personnes rencontrées (employés, usagers, membres du CA), les dix entretiens réalisés ne peuvent représenter un aperçu généralisable de ce que vivent toutes les employées de la Clinique, toutes les usagères, etc. De plus, nous aurions vraiment aimé pouvoir rencontrer plus de patients. En plus des entretiens, nous avons assisté à quelques événements organisés par la Clinique ou auxquels elle participait : café-causerie autour des changements climatiques, festival Festi-Pointe et assemblée générale annuelle 2024. Bien qu'il ait été très intéressant d'assister à ces divers événements, qui ont donné lieu à l'observation des dynamiques entre les personnes, ainsi qu'à plusieurs échanges

informels, ces temps d'observation étaient très réduits, au total une petite dizaine d'heure maximum : il aurait été pertinent d'augmenter le nombre de visites à la Clinique.

### **7.3 Suite de la recherche**

Si cette recherche a pu apporter des éléments de réponse aux questions : 'Faut-il faire penser la décroissance du système de santé ?', 'comment offrir des soins de santé dans un système décroissant ?' et 'Qu'est-ce qu'un commun de santé ?', elle en soulève beaucoup d'autres. Les différents entretiens et observations réalisés n'ont pas permis de mettre en lumière le rapport que les usagè.e.s entretiennent avec l'autoproduction, et le fantasme de délivrance tel que décrit par Berlan (2021), nous avons l'impression qu'il y a un écart important entre ce que défendent les membres de la Clinique et ce que souhaite la majorité de la population de Pointe-Saint-Charles. De plus, comme on l'a montré dans la monographie, il est important de noter que les plus grandes crises à la Clinique sont souvent apparues lors d'une baisse du budget. On peut se demander ce que cela signifie dans un contexte de décroissance. Nous n'avons pas non plus abordé ni l'éthique du *care* ni la place qu'occupent les individu.e.s au sein du collectif, pourtant, la Clinique semble forgée par la population de Pointe-Saint-Charles mais également par quelques figures de militant.e.s marquant.e.s, ou moins marquant.e.s. Finalement, on peut noter qu'il serait vraiment très intéressant d'étudier les modalités de l'hybridation de la Clinique comme un espèce de "commun bureaucratique" : comment la Clinique réussit à négocier ses conditions d'existence en tant que commun au sein d'une organisation bureaucratique aussi rigide que le système de santé québécois. En effet, cela donnerait des clés importantes pour la création ou la maintenance d'autres communs qui doivent obligatoirement composer avec la réalité d'un monde capitaliste. Tous ces éléments sont des avenues de recherche possibles lors d'un prochain travail.

## BIBLIOGRAPHIES

Abraham, Y.-M. (2019). *Guérir du mal de l'infini : produire moins, partager plus, décider ensemble*. Écosociété.

Abraham, Y.-M. et Fourrier, A. (2022). Milton Parc, atelier de la décroissance. *Revue canadienne de recherche sur les OSBL et l'économie sociale*, 13(1), 83-95. <https://doi.org/10.29173/cjnsr525>

Abraham, Y.-M. et Fourrier, A. (2023). Mais vous êtes donc communiste? Complément d'enquête sur les communs. *Recherches sociographiques*, 64(1), 201-227. <https://doi.org/10.7202/1100579ar>

Adra D., Lessard Echeverria, D., St-Hilaire, S. (2019). Courir assis ! *L'échappée-belle*, numéro 4.

Aillon, J.-L. et D'Alisa, G. (2020). Our affluence is killing us: What degrowth offers health and wellbeing. Dans K. Zywert et S. Quilley (dir.), *Health in the Anthropocene: Living well on a finite planet* (p. 306-322). University of Toronto Press.

Aillon, J.-L. et Dal Santo, E. (2014, 3 septembre). *Health and degrowth: A new paradigm in the field of sustainability* [Communication orale]. 4<sup>e</sup> Conférence internationale Degrowth for Ecological Sustainability and Social Equity, Leipzig (Allemagne). [https://nmhep.org/wp-content/uploads/Degrowth2014\\_Aillon\\_Health\\_Health-and-Degrowth-a-new-paradigm-in-the-field-of-sustainability-short-.pdf](https://nmhep.org/wp-content/uploads/Degrowth2014_Aillon_Health_Health-and-Degrowth-a-new-paradigm-in-the-field-of-sustainability-short-.pdf)

Alexander, S. et Yacoumis, P. (2018). Degrowth, energy descent, and 'low-tech' living: Potential pathways for increased resilience in times of crisis. *Journal of cleaner production*, 197, 1840-1848. <https://doi.org/10.1016/j.jclepro.2016.09.100>

Allin, S., Champagne, C., Denis, J.-L. et Smith, R. (2022). *L'organisation de la santé publique au Québec, en Nouvelle-Écosse, en Ontario, en Alberta et en Colombie-Britannique*. Commissaire à la santé et au bien-être, Gouvernement du Québec. [https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2022/Rapportfinal\\_Mandat/RapportAssociations/CSBE-Rapport\\_organisation\\_sante\\_publique\\_QC\\_hors\\_QC.pdf](https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2022/Rapportfinal_Mandat/RapportAssociations/CSBE-Rapport_organisation_sante_publique_QC_hors_QC.pdf)

Applbaum, K. (2010). Marketing global health care: the practices of big pharma. *Socialist Register*, 46. 84-101. <https://socialistregister.com/index.php/srv/article/view/6765/3918>

Arya, N. A. et Piggott, T. (2018). *Under-served: Health determinants of indigenous, inner-city, and migrant populations in Canada*. Canadian Scholars Press.

Assemblée nationale du Québec (2003). *Projet de loi n° 25. Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, Québec, Éditeur officiel du Québec.

Association canadienne des médecins pour l'environnement (ACME). (2021). *Mobilisation des connaissances pour la mise en place de solutions réduisant les effets de la pollution atmosphérique liée aux transports (PALT) sur la santé*.

<https://cape.ca/wp-content/uploads/2022/05/CAPE-PALT-2022-1.pdf>

Baillergeau, É. (2007). Organisation communautaire et pratique professionnelle au Québec : nouveaux défis, nouvelles problématiques. *Informations sociales*, 143(7), 98-107. <https://doi.org/10.3917/inso.143.0098>

Basson, J. (2022). Bernard Marrot, Politique d'organisation du système de santé en France, L'Harmattan, 2022, 599 p. [Recension]. *Revue française d'administration publique*, 183(3), 936-944. <https://doi.org/10.3917/rfap.183.0295>

Bednarz, D. et Spady, D. (2010). Sustainable medicine: An issue brief on medical school reform. *Health After Oil* [Blogue]. <https://healthafteroil.wordpress.com/2010/05/25/sustainable-medicine-an-issue-brief-on-medical-school-reform>

Bennholdt-Thomsen, V., Mies, M., & Mies, M. (2022). *La subsistance une perspective écoféministe*. La lenteur.

Berlan, A (2021). *Terre et liberté : la quête d'autonomie contre le fantasme de délivrance*. La lenteur.

Bernard, M. (1991). Semaine de 4 jours. *Revue s!lence*. 146 pp. 25-26

Bihouix, P. (2015). *Les low tech, la seule alternative crédible*. in Yves-Marie Abraham et David Murray, Creuser jusqu'où? Extractivisme et limites à la croissance Écosociété. p. 284-298.

Borowy, I. et Aillon, J.-L. (2017). Sustainable health and degrowth: Health, health care and society beyond the growth paradigm. *Social Theory & Health*, 15, 346-368. <https://doi.org/10.1057/s41285-017-0032-7>

Bookchin, M. (2019). *Pouvoir de détruire, pouvoir de créer. Vers une écologie sociale et libertaire*. Échappée (L').

Bourgeault, G. (2019). Le travail social sous l'emprise de l'hétéronomie ? Ou L'injonction paradoxale d'une autonomie déniée, empêchée. *Nouvelles pratiques sociales*, 30(2), 153–169. <https://doi.org/10.7202/1066106ar>

Büchs, M. et Koch, M. (2019). Challenges for the degrowth transition: The debate about wellbeing. *Futures*, 105, 155-165. <https://doi.org/10.1016/j.futures.2018.09.002>

Bushnik, T., Tjepkema, M. et Martel, L. (2020). *Socioeconomic disparities in life and health expectancy among the household population in Canada*. Statistique Canada, Gouvernement du Canada. [https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/82-003-x/2020001/article/00001-eng.pdf?st=9TP4se\\_G](https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/82-003-x/2020001/article/00001-eng.pdf?st=9TP4se_G)

Caillouette, J. (1992). La réforme Côté ou l'ambivalence de l'État à l'égard du communautaire. *Service social*, 41(2), 115–129. <https://doi.org/10.7202/706572ar>

Charmillot, M., & Dayer, C. (2007). Démarche compréhensive et méthodes qualitatives: clarifications épistémologiques. *Recherches qualitatives*, 3(1), 126-139.

Coriat, B., Orsi, F., Alessandrini, J. F., Boulet, P., & Singh, S. (2023). Health and access to care: why it is necessary and urgent to switch from a global public good approach to a commons based approach. *Working paper LEM*.

Clavet, N.-J., Fonseca, R., Michaud, P.-C. et Navaux, J. (2022). *Mieux comprendre la croissance structurelle des dépenses publiques de santé au Québec* [Note d'analyse n° 2022-0]. Chaire de recherche sur les enjeux économiques intergénérationnels. <https://creei.ca/wp-content/uploads/2022/01/note-analyse-2022-1.pdf>

Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles. (2015). *Respect et civilité en milieu de travail : pour un environnement de travail sain et dynamique!* [https://ccpsc.qc.ca/wp-content/uploads/2019/11/code%20de%20civilit%C3%A9%202015\\_final.pdf](https://ccpsc.qc.ca/wp-content/uploads/2019/11/code%20de%20civilit%C3%A9%202015_final.pdf)

Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles. (2018). *Plan d'organisation*. [https://ccpsc.qc.ca/wp-content/uploads/2019/11/2018-11-07\\_Plan%20dorganisation\\_Final%20avec%20ISBN\\_0.pdf](https://ccpsc.qc.ca/wp-content/uploads/2019/11/2018-11-07_Plan%20dorganisation_Final%20avec%20ISBN_0.pdf)

Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles. (2021a). *Devenir membre de la Clinique : adhésion et implication*. <https://ccpsc.qc.ca/wp-content/uploads/2021/09/Formulaire-adhesion-membre-2021.pdf>

Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles. (2021b). *Règlement de régie interne*. <https://ccpsc.qc.ca/wp-content/uploads/2022/04/2021-09-22-Reglements-de-regie-interne-CCPSC.pdf>

Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles. (2021). *Rapport annuel 2020-2021*. [https://ccpsc.qc.ca/wp-content/uploads/2021/07/Rapport-annuel-de-gestion-2020-2021\\_CCPSC.pdf](https://ccpsc.qc.ca/wp-content/uploads/2021/07/Rapport-annuel-de-gestion-2020-2021_CCPSC.pdf)

Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles. (2023a). *Rapport annuel 2022-2023*. [https://ccpsc.qc.ca/wp-content/uploads/2023/06/Rapport\\_annuel\\_citoyen\\_2022-2023\\_Web.pdf](https://ccpsc.qc.ca/wp-content/uploads/2023/06/Rapport_annuel_citoyen_2022-2023_Web.pdf)

Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles. (2023b). *Ressources offertes*. <https://ccpsc.qc.ca/fr/category/services-fr>

D'Alisa, G. et Kallis, G. (2020). Degrowth and the State. *Ecological Economics*, 169, 106486. <https://doi.org/10.1016/j.ecolecon.2019.106486>

Daoust-Boisvert, A. (2017). *Les pratiques de l'institut de l'oeil des Laurentides sont de nouveau remises en question*. Le Devoir. 17 mai 2017  
<https://www.ledevoir.com/societe/sante/494241/l-institut-de-l-oeil-des-laurentides-de-nouveau-verse>

Dardot, P. et Laval, C. (2015). *Commun : essai sur la révolution au XXI<sup>e</sup> siècle*. La Découverte.



Demaria, F., Schneider, F., Sekulova, F. et Martinez-Alier, J. (2013). What is degrowth? From an activist slogan to a social movement. *Environmental Values*, 22(2), 191-215. <https://doi.org/10.3197/096327113X13581561725194>

Dengler, C. et Seebacher, L. M. (2019). What about the global south? Towards a feminist decolonial degrowth approach. *Ecological Economics*, 157, 246-252. <https://doi.org/10.1016/j.ecolecon.2018.11.019>

De la Santé Publique du Canada, A. (2008, 12 septembre). *Qu'est-ce que la santé ?* Canada.ca. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/sante-population/approche-axee-sur-la-sante-de-population/la-sante.html>

Direction régionale de santé publique. (2023, 20 juin). *Conditions démographiques, culturelles et socio-économiques : CLSC Pointe-Saint-Charles*. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. [ChiffresCles-DemSocioEcon-CLSC-06314.pdf \(santemontreal.qc.ca\)](#)

Dufour, P. et Guay, L. (2019). *Qui sommes-nous pour être découragées? Conversation militante avec Lorraine Guay*. Écosociété.

Eckelman, M. J. et Sherman, J. (2016). Environmental impacts of the US health care system and effects on public health. *PLOS ONE*, 11(6), e0157014. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0157014>

Eckelman, M. J., Sherman, J. D. et MacNeill, A. J. (2018). Life cycle environmental emissions and health damages from the Canadian healthcare system: An economic-environmental-epidemiological analysis. *PLOS Medicine*, 15(7), e1002623. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002623>

Federici, S. (2022). *Réenchanter le monde. Le féminisme et la politique des communs*. Éditions Entremonde.

Fitzpatrick, N., Parrique, T. et Cosme, I. (2022). Exploring degrowth policy proposals: A systematic mapping with thematic synthesis. *Journal of Cleaner Production*, 365, 132764. <https://doi.org/10.1016/j.jclepro.2022.132764>

Fortin, D. (1990). De l'aide sociale à la sécurité du revenu au Québec. *Service social*, 39(2), 159–174. <https://doi.org/10.7202/706483ar>

Furukawa Marques, D., & Durand Folco, J. (2023). Omnia sunt communia: un état des lieux des communs au Québec. *Recherches sociographiques*, 64(1), 7-27.

Généreux, J. (2008). *La dissociété*. Le Seuil.

Genest, B., Manent-Duléry, M., Sautegau-Gerschel, S. (2019). Le *Burn-out* ou l'autre limite écologique. *L'échappée-belle*, numéro 4.  
Global Carbon Atlas. (s. d.). *CO<sub>2</sub> emissions*. <https://emissions.globalcarbonatlas.org/index.php>

Gloutnay, F. (2016, April 26). *Le siècle de Christiane Sibillotte, religieuse rebelle*. Presence-info.ca. <https://presence-info.ca/article/societe/le-siecle-de-christiane-sibillotte-religieuse-rebelle/>

Hébert, G., Sully, J.-L. et Nguyen, M. (2017). *L'allocation des ressources pour la santé et les services sociaux au Québec : état de la situation et propositions alternatives*. Institut de recherche et d'informations socioéconomiques. <https://iris-recherche.qc.ca/publications/lallocation-des-ressources-pour-la-sante-et-les-services-sociaux-au-quebec-etat-de-la-situation-et-propositions-alternatives>

Hensher, M. (2023) Preparing for the degrowth transition in healthcare: Understanding the challenges and opportunities. *Degrowth Journal*. [https://base.socioeco.org/docs/degrowthjournal\\_v1\\_00033\\_research\\_article.pdf](https://base.socioeco.org/docs/degrowthjournal_v1_00033_research_article.pdf)

Hickel, J. (2019). The contradiction of the sustainable development goals: Growth versus ecology on a finite planet. *Sustainable Development*, 27(5), 873-884. <https://doi.org/10.1002/sd.1947>

Hickel, J. (2021). The anti-colonial politics of degrowth. *Political Geography*, 88, 102404. <https://doi.org/10.1016/j.polgeo.2021.102404>.

Howard C, Huston P. Les effets du changement climatique sur la santé : Découvrez les risques et faites partie de la solution. Relevé des maladies transmissibles au Canada 2019;45(5):126–31. <https://doi.org/10.14745/ccdr.v45i05a01f>

Hwang, U. et Morrison, R. S. (2007). The geriatric emergency department. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(11), 1873-1876. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2007.01400.x>

Illich, I. (1975a). *Némésis médicale*. Éditions du Seuil.

Illich, I. (1975b). Clinical damage, medical monopoly, the expropriation of health: Three dimensions of iatrogenic tort. *Journal of Medical Ethics*, 1(2), 78-80. <https://doi.org/10.1136/jme.1.2.78>

Illich, I. (2003). *Œuvres complètes. Volume 1* Fayard.

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). (2019). *Tendances nationales des dépenses de santé 1975 à 2019*. <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/nhex-trends-narrative-report-2019-fr.pdf>

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2018). *Les inégalités sociales de santé au Québec : l'espérance de vie en bonne santé*. <https://www.inspq.qc.ca/santescope/suivre-les-inegalites-sociales-de-sante-au-quebec/esperance-vie-bonne-sante>

- Jauch, L. R., Osborn, R. N. et Martin, T. N. (1980). Structured content analysis of cases: A complementary method for organizational research. *Academy of Management Review*, 5(4), 517-525. <https://www.jstor.org/stable/257457>
- Kagoma, Y., Stall, N., Rubinstein, E. et Naudie, D. (2012). People, planet and profits: The case for greening operating rooms. *Canadian Medical Association Journal*, 184(17), 1905-1911. <https://doi.org/10.1503/cmaj.112139>
- Kergoat, M., Dupras, A., Juneau, L., Bourque, M. et Boyer, D. (2010). *Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier : cadre de référence*. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000697>
- Kruzynski, A. (2019). Le commun dans la ville : pouvoir citoyen à Pointe-Saint-Charles. *Nouveaux Cahiers du socialisme*, (21), 135–144.
- Lachapelle, M. D. et Marques, D. F. (2023). Communs et autogestion : redécouvrir les pratiques émancipatoires du Québec des années 1960-1980. *Recherches sociographiques*, 64(1), 29-61. <https://doi.org/10.7202/1100573ar>
- Lambert-Masson, C. (1978). La pharmacie populaire à Pointe St-Charles. *Santé mentale au Québec*, 3(2), 73–78. <https://doi.org/10.7202/030040ar>
- Le Collectif CourtePointe (2006). *Pointe-Saint-Charles : un quartier, des femmes, une histoire communautaire*. Éditions du Remue-Ménage.
- Ledru, E. (2006) *La santé a besoin d'une contre révolution..* Revue S!lence. no 341. pp.4-8.
- Levesque, I. (2019). *Il faut élargir la couverture publique des soins dentaires plaide une clinique*. La Presse. 8 mai 2019. <https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2019-05-08/il-faut-elerargir-la-couverture-publique-des-soins-dentaires-plaide-une-clinique>
- Loeppky, R. (2010). Certain wealth: Accumulation in the health industry. *Socialist Register*, 46. 59-83.
- MacNeill, A. J., Hopf, H., Khanuja, A., Alizamir, S., Bilec, M., Eckelman, M. J., Hernandez, L., McGain, F., Simonsen, K., Thiel, C., Young, S., Lagasse, R. et Sherman, J. D. (2020). Transforming the medical device industry: Road map to a circular economy. *Health Affairs*, 39(12), 2088-2097. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2020.01118>
- Mariette, A. et Pitti, L. (2021). Subvertir la médecine, politiser la santé en quartiers populaires : dynamiques locales et circulations transnationales de la critique sociale durant les années 1970 (France/Québec). *Actes de la recherche en sciences sociales*, 239, 30-49. <https://doi.org/10.3917/arss.239.0030>
- Marques, D. F. et Folco, J. D. (2023). *Omnia sunt communia : un état des lieux des communs au Québec*. *Recherches sociographiques*, 64(1), 7-27. <https://doi.org/10.7202/1100572ar>

Meadows, D. H., Meadows, D. L., Randers, J. et Behrens, W. W. (2018). The limits to growth. Dans Dabelko, G. et Conca, K. (dir.) *Green planet blues* (pp. 25-29). Routledge.

Ministère des Finances. (2023). *Statistiques budgétaires du Québec*. Gouvernement du Québec <http://www.budget.finances.gouv.qc.ca/budget-en-chiffres/fr-CA/Mars-2023/Document-t%C3%A9chargeable/>

Missoni, E. (2015). Degrowth and health: Local action should be linked to global policies and governance for health. *Sustainability Science*, 10(3), 439-450. <https://doi.org/10.1007/s11625-015-0300-1>

Mongeau, S. (2006) Sortir de l'industrie de la maladie. *Revue Silence*. 341 - pp.9-10  
Monteagudo, G. (2019). Women Reclaim the Commons: A Conversation with Silvia Federici: Feminist labor theorist Silvia Federici on the need to challenge capitalist economics and social relations through “commoning”—and how it informs current debates around women’s access to health and reproductive care. *NACLA Report on the Americas*, 51(3), 256-261. doi/full/10.1080/10714839.2019.1650505

Moreau, D. (2009, 14 septembre). De qui se soucie-t-on? Le care comme perspective politique. *Revue internationale des livres et des idées*, (37-38). [https://www.academia.edu/10240224/De\\_qui\\_se\\_soucie\\_t\\_on\\_Le\\_care\\_comme\\_perspective\\_politique\\_Rili\\_2009](https://www.academia.edu/10240224/De_qui_se_soucie_t_on_Le_care_comme_perspective_politique_Rili_2009)

Núñez-Gil, I. J., Estrada, V., Fernandez-Perez, C., Fernandez-Rozas, I., Martín-Sánchez, F. J. et Macaya, C. (2020). The COVID-19 curve, health system overload, and mortality. *Emergencias: Revista de la Sociedad Espanola de Medicina de Emergencias*, 32(4), 293-295. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32692012/>

Organisation mondiale de la santé (OMS), Santé et Bien-être social Canada et Association canadienne de santé publique. (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/health-promotion/population-health/ottawa-charter-health-promotion-international-conference-on-health-promotion/chartre.pdf>

Ostrom, E. (2010). *Similitudes entre les institutions de ressources communes durables et auto-organisées : gouvernance des biens communs*. De Boeck.

Ouimet, M.-J., Turcotte, P.-L., Rainville, L.-C., Abraham, Y.-M., Kaiser, D. et Badillo-Amberg, I. (2020). Public health and degrowth working synergistically: What leverage for public health? *Visions for Sustainability*, 14, 99-116. <https://doi.org/10.13135/2384-8677/4535bvf>

Parc Canada. (2022). *Le berceau de l'industrialisation. Lieu historique national du Canal-de-Lachine*. <https://parcs.canada.ca/lhn-nhs/qc/canallachine/culture/histoire-history/industrialisation>

Parrique, T., Barth, J., Briens, F., Kerschner, C., Kraus-Polk, A., Kuokkanen, A. et Spangenberg, J. H. (2019). *Decoupling debunked: Evidence and arguments against green growth as a sole strategy for sustainability*. European Environment Bureau.

- Perkins, P. E. (2019). Climate justice, commons, and degrowth. *Ecological Economics*, 160, 183-190. <https://doi.org/10.1016/j.ecolecon.2019.02.005>
- Piron, F. (1996). Ecriture et responsabilité. Trois figures de l'anthropologue. *Anthropologie et Sociétés*, 20(1), 125–148. <https://doi.org/10.7202/015398ar>
- Plourde, A. (2013). Démocratisation des institutions et des pratiques en santé : l'exemple historique des cliniques populaires. *Nouvelles pratiques sociales*, 26(1), 231-246. <https://doi.org/10.7202/1024990ar>
- Plourde, A. (2021). *Le capitalisme, c'est mauvais pour la santé : une histoire critique des CLSC et du système sociosanitaire québécois*. Écosociété.
- Plourde, A. (2024). *Santé Inc.* Écosociété.
- Rancière, J. (2005). *La haine de la démocratie*. La Fabrique Éditions.
- Regroupement Information Logement (RIL) et Action Gardien. (2021). *Portrait de l'habitation à Pointe-Saint-Charles*. <https://ccpsc.qc.ca/wp-content/uploads/2022/01/EtudeLogement-PSC-avril2021.pdf>
- Revue Silence (1995) *L'Etat d'Autriche contre la famille*. Revue Silence. 196. p 28
- Richard, M.-C., Maltais, D., Bourque, D., Savard, S. & Tremblay, M. (2007). La fusion des établissements de santé et de services sociaux : recension des écrits sur ses enjeux et ses impacts. *Nouvelles pratiques sociales*, 20(1), 151–164. <https://doi.org/10.7202/016982ar>
- Rodríguez-Labajos, B., Yáñez, I., Bond, P., Greyl, L., Munguti, S., Ojo, G. U. et Overbeek, W. (2019). Not so natural an alliance? Degrowth and environmental justice movements in the global south. *Ecological Economics*, 157, 175-184. <https://doi.org/10.1016/j.ecolecon.2018.11.007>
- Sauvé, S., Normandin, D. et McDonald, M. (2016). *L'économie circulaire : une transition incontournable*. PUM.
- Schmelzer, M., Vetter, A. et Vansintjan, A. (2022). *The future is degrowth: A guide to a world beyond capitalism*. Verso Books.
- Schurmans, M. N. (2009). L'approche compréhensive et qualitative dans la recherche en formation. *Éducation permanente*, (177), 91-103.
- Sekulova, F., Kallis, G., Rodríguez-Labajos, B. et Schneider, F. (2013). Degrowth: From theory to practice. *Journal of Cleaner Production*, 38, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.jclepro.2012.06.022>
- Sénéchal, M. (1998). Le système québécois d'agrément. Un outil d'évaluation. *Service social*, 47(1-2), 111–136. <https://doi.org/10.7202/706784ar>
- Shiva, V. et Mies, M. (2014). *Ecofeminism*. Bloomsbury Publishing.

Singh, N. M. (2019). Environmental justice, degrowth and post-capitalist futures. *Ecological Economics*, 163, 138-142. <https://doi.org/10.1016/j.ecolecon.2019.05.014>

Solé, A. (2009) Prolégomènes à une histoire des peurs humaines , in Jérôme Méric, Yvon Pesqueux, Andreu Solé (éd.), La « Société du risque ». Analyse et critique, *Economica*, 2009, pp. 45-57

St-Maurice, Y., Godbout, L. et St-Cerny, S. (2021). *La soutenabilité budgétaire à long terme du Québec, édition 2021 : au-delà de la pandémie* [Cahier de recherche 2021/07]. Chaire de recherche en fiscalité et en finances publiques. <https://cftp.recherche.usherbrooke.ca/la-soutenabilite-budgetaire-a-long-terme-du-quebec-edition-2021-au-dela-de-la-pandemie>

Steffen, W., Richardson, K., Rockström, J., Cornell, S. E., Fetzer, I., Bennett, E. M., Biggs, R., Carpenter, S. R., de Vries, W., de Wit, C. A., Folk, C., Gerten, D., Heinke, J., Mace, G. M., Persson, L. M., Ramanathan, V., Reyers, B. et Sörlin, S. (2015). Planetary boundaries: Guiding human development on a changing planet. *Science*, 347(6223), 1259855. <https://doi.org/10.1126/science.1259855>

Tremblay, J. M. (2005). Alfred DUMAIS, Les groupes d auto-santé. Un statut à définir. [http://classiques.uqac.ca/contemporains/dumais\\_alfred/groupes\\_auto-sante/groupes\\_auto-sante\\_texte.html](http://classiques.uqac.ca/contemporains/dumais_alfred/groupes_auto-sante/groupes_auto-sante_texte.html)

Vadeboncœur, A. (2022). *Prendre soin : au chevet du système de santé*. Lux Éditeur.

Ville de Montréal (2015), *Portrait du quartier de Pointe-Saint-Charles*. [https://ville.montreal.qc.ca/pls/portal/docs/PAGE/ARROND\\_SOU\\_FR/MEDIA/DOCUMENTS/PORTRAIT%20DU%20QUARTIER%20DE%20POINTE-SAINT-CHARLES\\_2015-03-19\\_2\\_1.PDF](https://ville.montreal.qc.ca/pls/portal/docs/PAGE/ARROND_SOU_FR/MEDIA/DOCUMENTS/PORTRAIT%20DU%20QUARTIER%20DE%20POINTE-SAINT-CHARLES_2015-03-19_2_1.PDF)

Vonarx, N., & Desgroseilliers, V. (2016). Santé communautaire et santé publique: des différences profondes. *La santé communautaire en*, 4, 9-23.

Vohra, K., Vodonos, A., Schwartz, J., Marais, E. A., Sulprizio, M. P., & Mickley, L. J. (2021). Global mortality from outdoor fine particle pollution generated by fossil fuel combustion: Results from GEOS-Chem. *Environmental research*, 195, 110754. <https://doi.org/10.1016/j.envres.2021.110754>

Walkinshaw, E. (2011). Medical waste-management practices vary across Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 183(18), E1307-E1308. <https://doi.org/10.1503/cmaj.109-4032>

Weber, M., Chavy J. et Dampierre, E. (2003) *Économie et société tome I*. Pocket.

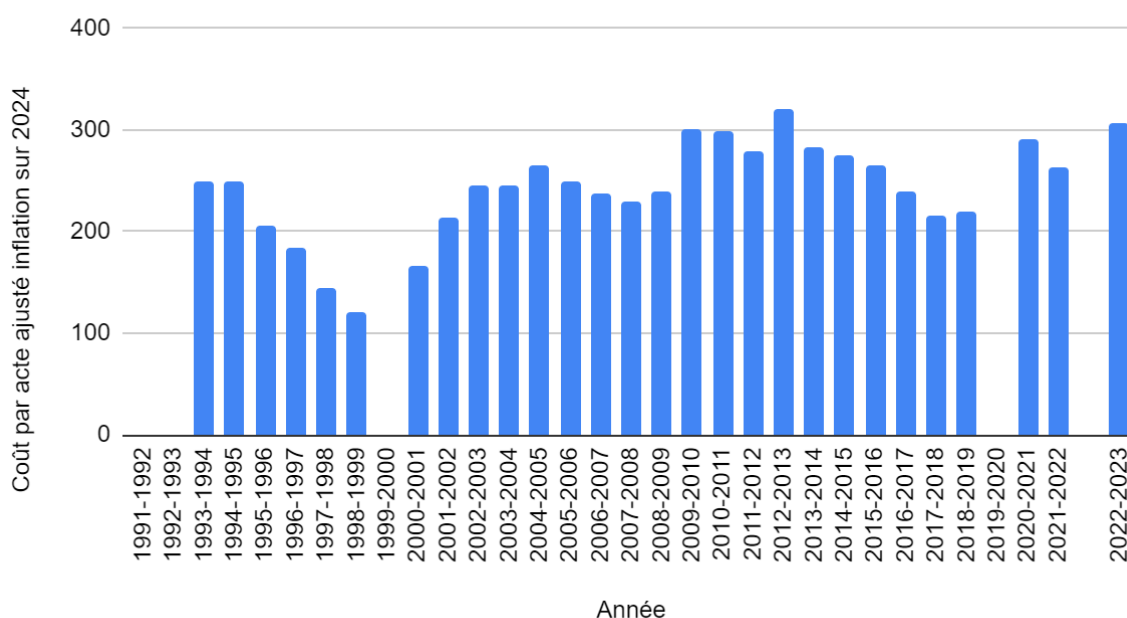
Windfeld, E. S. et Brooks, M. S.-L. (2015). Medical waste management: A review. *Journal of Environmental Management*, 163, 98-108. <https://doi.org/10.1016/j.jenvman.2015.08.013>



## ANNEXES

### Annexe 1 - Évolution du budget par acte

#### Évolution budget par acte



#### Tableau 1 : Évolution du budget par acte pour la Clinique en dollars ajustés.

Ce tableau a été calculé en divisant le budget annuel de la Clinique par le nombre d'actes effectués, en ajustant la valeur du dollar en fonction de l'inflation. Les années manquantes sont des années où l'information disponible (pour moi) était manquante, en raison en 1999-2000 d'un changement de système informatique et en raison en 2019-2020 de la pandémie.



## **Annexe 2 - Mémo des évènements auxquels nous avons assisté**

Lors des évènements auxquels nous avons eu la chance de participer, nous avons pu remarquer :

*Café causerie pour les changements climatiques*, l'évènement s'est tenu le 27 avril de 10 h 30 à 12 h sur la rue Centre, en face de la Clinique. Cet évènement s'inscrivait dans le cadre de la planification stratégique de la Clinique, et était à l'initiative de la Clinique. La communication était faite via des tracts et des belles affiches posées à la Clinique et dans les groupes communautaires voisins (Madame Prend Congé, Action Gardien), ainsi que via l'infolettre et les réseaux-sociaux. Du café et des viennoiseries étaient distribuées, et les participant.e.s étaient invité.e.s à participer à un atelier pour exprimer leur vision du changement climatique à la Pointe. Plusieurs membres du Conseil d'Administration étaient présent.e.s, ainsi que toute l'équipe d'organisation communautaire. Des employé.e.s d'Action Gardien sont passé.e.s dire bonjour. Cet évènement a été l'occasion de sensibiliser les passant.e.s aux conséquences du changement climatique dans le quartier, mais aussi de prendre le pouls de la population sur leur perception de ce problème. Plusieurs personnes se sont inscrites pour devenir membres de la Clinique. Cet évènement a été une belle occasion de constater la diversité de la population du quartier, constituée autant de personnes pauvres que de personnes assez aisées. Malgré la communication, il ne semble pas y avoir beaucoup de personnes qui soient venues spécifiquement pour l'évènement, les participant.e.s étaient plus des passant.e.s. Une chose est sûre, tout le monde aime les pains au chocolat.

*Festival Festi-Pointe*, l'évènement s'est tenu le 18 mai de 12 h à 17 h au parc Le Ber. De nombreux organismes communautaires sont présents, c'est très familial. La Clinique a son kiosque, où elle partage des informations, organise des jeux informatifs pour les habitant.e.s du quartier et partage des informations de santé.

*Assemblée générale annuelle*, l'évènement s'est tenu le 19 juin de 17 h à 21 h au Pavillon des aînés au 2401 rue Mullins. Les personnes présentes sont majoritairement des personnes âgées mais il y a quelques personnes plus jeunes. Des travailleuses d'Action-Gardien sont là. Le travailleur communautaire chargé du comité de lutte en santé va voir tout le monde pour échanger quelques mots et présenter le comité. Le comité

des usagers est installé à une table, avec des *goodies* de style crayon, balle anti-stress et se présente comme un “chien de garde” du CA. Un repas est servi par des travailleuses de la Clinique et des membres du Conseil d’Administration. L’assemblée commence peu après. Elle s’ouvre sur une reconnaissance territoriale, qui est introduite par une explication de pourquoi c’est important. Le fonctionnement de l’assemblée est expliqué à son tour. La Clinique présente un résumé des actions effectuées pour réaliser les priorités de l’année et des informations à noter. La construction de la maison de naissance est reculée à au moins 5 ans car les financeurs ne la considèrent pas comme une priorité, bien qu’elle ait été votée comme telle par l’AG. Les nouvelles priorités ne sont pas votées en AG mais par le directeur général et le Conseil d’Administration suite à la nouvelle planification stratégique. Cependant, un citoyen fait ajouter une nouvelle priorité. Une personne demande un éclaircissement par rapport à la propriété des bâtiments et demande pourquoi les états-financiers ne sont pas présentés au complet dans le rapport annuel. La période de question est ajournée pour poursuivre l’AG et organiser le vote du CA. Le fonctionnement du CA est expliqué. Il n’y a pas assez de gens qui se présentent pour être membre du CA. En deuxième partie d’AG, un théâtre forum est organisé et met en scène une situation de proche aidance, les personnes qui restent pour cette partie participent vraiment.

## Annexe 3 - Guide d'entretien

### **GUIDE D'ENTREVUE INDIVIDUELLE V3**

**19 janvier 2024**

#### **Présentation**

*Tout d'abord, merci d'avoir accepté de prendre le temps de répondre à mes questions aujourd'hui. L'objectif de cette étude est de saisir certaines particularités de la Clinique Communautaire de Pointe Saint-Charles, afin de mieux comprendre son mode de fonctionnement et son histoire.*

*Il s'agit d'une simple conversation au sujet de la clinique. Je veux juste mieux comprendre comment elle fonctionne et savoir ce que vous ne pensez. Il n'y a donc pas de bonnes ou de mauvaises réponses, je cherche simplement à connaître et comprendre vos perceptions. Tout ce que vous me direz me servira strictement pour cette recherche. Cet entretien aura une durée approximative de 45 minutes à 1h.*

*Dans un premier temps je vais vous poser quelques questions sur vous, puis je vais aborder le fonctionnement de la Clinique, avant enfin de vous poser quelques questions sur le passé et le futur de la Clinique.*

*À des fins d'analyse, l'entrevue sera enregistrée. Votre nom restera confidentiel et nous utiliserons un pseudonyme. Est-ce que cela vous convient ?*

*Vous êtes libre de ne pas répondre à certaines questions si elles vous rendent inconfortables et vous pouvez mettre fin à cet entretien à tout moment.*

*Avant de débiter l'entrevue, avez-vous des questions ou avez-vous besoin de précisions par rapport à quoi que ce soit ?*

<b>Thème 1 : rôle et trajectoire social</b>
---

Note à l'attention de l'intervieweur : pour laisser le temps à la personne interrogée de se sentir à l'aise, nous avons choisi d'aborder d'abord les questions relatives à son rôle à la Clinique avant d'aborder les questions plus personnelles.

*Dans cette première section, je souhaiterais en apprendre davantage sur vous ainsi que sur le rôle que vous jouez à la Clinique et avant de poursuivre mon entrevue.*

### **1.1 Rôle à la Clinique**

*J'aimerais commencer par vous poser quelques questions sur le rôle que vous jouez à la Clinique.*

Question de départ : *Est-ce que vous pouvez me parler de votre rôle à la Clinique ?*

#### Relances possibles

- *Pourquoi avez-vous décidé de vous impliquer ?*
- *Quelles sont vos tâches principales ?*
- *Quelles sont vos principales responsabilités ?*
- *Depuis combien de temps êtes-vous impliqué ?*
- *Est-ce que votre implication a évolué durant ce temps là ?*

### **1.2 Questions socio-démographiques**

*Afin de mieux vous situer, je vais vous poser quelques questions sur vous.*

Question de départ : *Est-ce que vous pouvez un peu me parler de qui vous êtes, d'où vous venez, tout ça ?*

#### Relances possibles

- *Quel est votre nom ?*
- *Quel est votre âge ?*
- *Quel est votre niveau d'étude et dans quel domaine avez-vous étudié ?*
- *Combien est-ce que vous gagnez par année ?*
- *Quelles sont vos origines sociales ?*
- *Habitez-vous dans le quartier ? Si oui depuis quand ?*
- *Pouvez-vous me décrire rapidement votre situation familiale en ce moment ?*

## **Thème 2 : La Clinique**

*Je vais maintenant vous poser quelques questions concernant la Clinique et son fonctionnement.*

### **2.1 Fonctionnement de la Clinique**

Question de départ : *Pouvez-vous me parler un peu du fonctionnement de la Clinique ?*

#### Relance possible :

- *Qu'est-ce qui fonctionne bien, qu'est-ce qui fonctionne moins bien ?*
- *La Clinique a plusieurs types d'activité, offre plusieurs services, lesquels ?*

- *Si j'ai bien compris, l'approche de la Clinique en santé est une approche globale, qui met de l'avant l'importance des conditions de vie en santé et qui mise sur la prévention et la promotion de la santé, est-ce que c'est bien ça ?*
- *Comment est-ce que cette approche est mise en application ?*
- *Est-ce que vous avez beaucoup de roulement de personnel ? Comment est-ce que vous évaluez le niveau de fatigue des personnes ?*

## **2.2 Particularités de la Clinique**

**Question de départ :** *Qu'est-ce qui différencie la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles des autres centres de santé multidisciplinaires ?*

Relance possible :

- *Quelles sont les principales valeurs de la Clinique ?*
- *Comment les mets-elle en pratique ?*

**Question de départ :** *Qu'est-ce qui pousse selon vous des membres du personnel médical à vouloir travailler à la Clinique ?*

**Question de départ :**

- *Est-ce que vous avez des indicateurs que votre système fonctionne mieux, moins bien ou bien pareil ?*

Relances possibles

- *En terme de :*
  - *nombre de visite*
  - *satisfaction des visiteuses*
  - *soins*
  - *coûts*
  - *satisfaction des travailleuses ?*

## **Thème 3 : La Clinique : un commun de santé ?**

Question de départ : *dans quelle mesure la Clinique favorise-t-elle l'autonomie de ses membres ?*

Relances possibles :

- *La Clinique offre un beaucoup de services, lesquels sont offerts par les membres pour les membres ? (Groupe de soutien ? Prévention ?)*
- *Avez-vous eu ou avez-vous des bénévoles à la Clinique ? Si oui quels sont leurs rôles ?*
- *Selon vous, quelles sont les limites de la Clinique par rapport au développement de l'autonomie des usagèr.e.s ?*

Question de départ : *A qui "appartient" la Clinique ?*

Relances possibles :

- *Est-ce qu'elle peut-être vendue ?*
- *Est-ce que vous faites une distinction entre les murs, le matériel et le fonctionnement ?*

Question de départ : *Comment fonctionne la gouvernance de la Clinique ?*

Relances possibles :

- *Au départ, la Clinique avait seulement 17 employé.e.s, aujourd'hui il y en a plus de 140 je crois, comment est-ce que vous faites pour continuer à fonctionner en autogestion ?*
- *Qui prend les décisions ?*
- *Comment ?*
- *Comment est-ce que vous négociez entre les directives qui viennent du ministère de la santé et les priorités stratégiques décidées par les citoyen.ne.s ?*
- *Est-ce que vous identifiez des tensions par rapport à la dimension démocratique dans l'organisation de la Clinique ?*
- *Est-ce qu'il y a des enjeux entre la vision des travailleurs travailleuses et celle des usagers et usagères ?*
- *Qu'est-ce qui fonctionne bien, qu'est-ce qui fonctionne moins bien ?*

Question de départ : *Quelle place prend la coopération dans la Clinique ?*

Relances possibles :

- *La coopération peut s'établir à plusieurs niveaux : entre organismes, entre personnes, employées ou patientes, entre soigneuses et patientes... Est-ce que vous pensez que cela fait partie des pratiques de la Clinique ? Si oui, est-ce que vous pouvez m'en parler ?*
- *Pour vous, sur quels aspects la Clinique est exemplaire en matière de coopération et sur quels aspects elle a plus de misère ?*

**Thème 4 : Histoire et avenir**

**4.1 Évolution de la clinique**

Question de départ : *Quelles sont les principales évolutions de la Clinique depuis sa création ?*

Relances possibles :

- *A une époque, les salaires des travailleuses étaient égaux ou calculés en fonction de leurs besoins, ça n'a pas pu continuer à fonctionner comme cela mais est-ce que on retrouve une trace de ce fonctionnement aujourd'hui, si oui lequel ?*
- *Au début de la Clinique, devant le manque de personnel et les besoins en terme de soin, les travailleuses en santé avaient formé des personnes du quartier à faire des*

*prises de sang, à devenir organisatrices communautaires, est-ce que c'est quelque chose qui a continué après ?*

- *Par le passé, la Clinique s'est positionnée comme anticapitaliste, quelle est la position de la Clinique à ce sujet aujourd'hui ? Est-ce que la Clinique a encore une position politique particulière ou bien la considèreriez-vous comme apolitique ?*
- *A un moment donné il y a eu des conflits entre certains membres de la Clinique très politisé.e.s et certains membres qui considèraient que la fonction de la Clinique était d'abord d'apporter des soins, pas de convaincre les citoyen.ne.s d'adhérer à telle ou telle idéologie. Est-ce que c'est parfois encore le cas ?*

## **4.2 Avenir possible**

Question de départ : *Comment est-ce que vous percevez l'avenir de la clinique ?*

Relances possibles :

- *Que pourrait-elle mettre en place pour s'améliorer ?*
- *Quels vont-êtrè ses principaux défis dans les prochaines années ?*
- *Que pourrait-elle mettre en place pour se préparer ?*

## **Conclusions**

*Merci, je pense que ça fait un peu le tour. Avant de terminer l'entrevue, j'aimerais savoir s'il y a quelque chose que nous n'avons pas abordé mais que vous aimeriez mentionner.*

*Est-ce que vous êtes toujours à l'aise avec le fait que j'utilise cet enregistrement dans le cadre de mon mémoire ? Je vous remercie d'avoir pris le temps de répondre à mes questions. Les réponses que vous m'avez fournies seront très utiles pour la réalisation de cette étude.*

#### Annexe 4 : Liste des documents étudiés pour l'analyse de contenu

ANALYSE DE CONTENU	
Document analysés	Année
Structure et fonctionnement actuels	
Organigramme de la Clinique Communautaire de Pointe-Saint-Charles	2023
Guide « Respect et civilité en milieu de travail »	2015
Code d'éthique	2021
Plan d'organisation	2018
Règlement de régie interne	2021
Politique d'accueil, d'intégration et d'orientation du personnel	2018
Mandat et procédure d'assemblée du personnel	2017
Fonctionnement du comité aviseur de la Clinique communautaire de Pointe saint-Charles	2018
Rapports d'agrément Canada	
Rapport d'agrément Canada 2022	
Rapport d'agrément Canada 2021	
Rapport d'agrément Canada 2019	
Rapport d'agrément Canada 2015	
Rapport d'agrément Canada 2012	
Rapports annuels	
Rapport annuel 1973	
Rapport annuel 1977	
Rapport annuel 1978	
Rapport annuel 1979	
Rapport annuel 1980-1981	
Rapport annuel 1981-1982	
Rapport annuel 1982-1983	
Rapport annuel 1983-1984	
Rapport annuel 1984-1985	
Rapport annuel 1985-1986	
Rapport annuel 1986-1987	
Rapport annuel 1987-1988	



Rapport annuel 1988-1989	
Rapport annuel 1989-1990	
Rapport annuel 1990-1991	
Rapport annuel 1991-1992	
Rapport annuel 1992-1993	
Rapport annuel 1993-1994	
Rapport annuel 1994-1995	
Rapport annuel 1995-1996	
Rapport annuel 1996-1997	
Rapport annuel 1997-1998	
Rapport annuel 1998-1999	
Rapport annuel 1999-2000	
Rapport annuel 2000-2001	
Rapport annuel 2001-2002	
Rapport annuel 2002-2003	
Rapport annuel 2003-2004	
Rapport annuel 2004-2005	
Rapport annuel 2005-2006	
Rapport annuel 2006-2007	
Rapport annuel 2007-2008	
Rapport annuel 2008-2009	
Rapport annuel 2009-2010	
Rapport annuel 2010-2011	
Rapport annuel 2011-2012	
Rapport annuel 2012-2013	
Rapport annuel 2013-2014	
Rapport annuel 2014-2015	
Rapport annuel 2015-2016	
Rapport annuel 2016-2017	
Rapport annuel 2017-2018	
Rapport annuel 2018-2019	
Rapport annuel 2019-2020	
Rapport annuel 2020-2021	

Rapport annuel 2021-2022	
Rapport annuel 2022-2023	
L'info-Clinique	
décembre 2002	
avril 2003	
janvier 2004	
juin 2004	
mai 2007	
mars 2010	
mai 2010	
novembre 2010	
juin 2011	
novembre 2011	
juin 2012	
octobre 2012	
juin 2013	
décembre 2013	
juin 2014	
novembre 2014	
juin 2015	
novembre 2015	
juin 2016	
novembre 2016	
juin 2017	
novembre 2017	
novembre 2018	
mars 2019	
juin 2019	
novembre 2019	
juin 2022	
Revue La Clinique en Bref	
La Clinique en bref hiver 2024	
La Clinique en bref automne 2023	

La Clinique en bref février 2023	
La Clinique en bref octobre 2022	
La Clinique en bref avril 2022	
La Clinique en bref février 2022	
La Clinique en bref octobre 2021	
La Clinique en bref février 2021	
La Clinique en bref décembre 2020	
La Clinique en bref octobre 2020	
La Clinique en bref mai 2020	
<b>Infolettre Signes cliniques</b>	
Édition du 20 juillet 2022	
Édition du 17 octobre 2022	
Édition du 4 novembre 2022	
Édition du 7 novembre 2022	
Édition du 25 novembre 2022	
Édition du 21 décembre 2022	
Édition du 5 avril 2023	
Édition du 25 mai 2023	
Édition du 26 septembre 2023	
<b>Vidéos sur la Clinique et le quartier</b>	
La Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles: la santé et la solidarité d'un quartier!	2010
Le Pouvoir citoyen - Clinique Communautaire de Pointe-Saint-Charles	2014
Film "Groupe des nouveaux pères"	2013
La pointe à notre pointure	1988
La Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles: la santé et la solidarité d'un quartier!	1993