



**Les coopératives de santé au Québec et leur influence sur le processus de
professionnalisation des médecins. Le cas de la Coop Santé de la Basse-Lièvre.**

par

Katherine Provost

Mémoire présenté
en vue de l'obtention du grade
de maîtrise ès sciences de la gestion (M.Sc.)
(Gestions en contexte d'innovations sociales)

© Katherine Provost, 2017

Sommaire

La recherche existante sur les coopératives de santé au Québec infère largement qu'elles soient des organisations complémentaires au système de santé, bien qu'elles se distinguent des autres milieux traditionnels où se pratique la médecine. Une lacune existe pourtant dans les travaux académiques en ce qui concerne l'influence de ce modèle de gouvernance sur les médecins, plus particulièrement en respect à leur processus de professionnalisation. Dans l'objectif d'évaluer le phénomène de la professionnalisation des médecins en coopératives de santé au Québec, nous avons mené une recherche au sein de la Coop Santé de la Basse-Lièvre au cours de l'été 2016. Une série d'entretiens semi-dirigés constitue la fondation de la collecte de données, alors que l'observation directe permet de bonifier les résultats de ces rencontres. Les résultats de cette recherche suggère que la coopérative de santé offre un nouveau cadre de professionnalisation aux médecins, lequel peut être analysé par l'entremise du niveau méso de ce processus et ses trois dimensions : le travail du médecin, la formation professionnelle, et la réflexion des médecins vis-à-vis de leur métier. À long terme et déployé à plus grande échelle, ce nouveau cadre de professionnalisation pourrait s'élever comme levier de transformation sociale.

Mots-clefs: coopérative de santé ; professionnalisation ; médecins ; étude de cas ;
formation

Table des matières

Sommaire	2
Table des matières	3
Liste des tableaux et figures	5
Remerciements	6
Introduction	7
1. Chapitre 1 : La coopérative de santé et le renouvellement du cadre de professionnalisation des médecins	11
1.1. Les coopératives de santé	11
1.1.1. S’associer pour répondre à des besoins communs	12
1.1.2 Les coopératives de santé au Canada : mieux distribuer les services de première ligne	14
1.1.3 Pour améliorer la distribution géographique des médecins au Québec	17
1.1.4. La coopérative de santé, une alternative attirante pour les médecins	19
1.1.5. La coopérative de santé est-elle au service de ses professionnels?	20
1.2. L’approche anglo-saxonne, professionnaliser les médecins au Québec	21
1.2.1. Les grandes écoles de pensée : les approches francophone et anglo-saxonne	23
1.2.2. Protéger les médecins avant la population?	24
1.2.3. La fortification autour de la profession de médecin	26
1.2.4. Médecin recherche coopérative de santé en opération	27
1.3. Construire un cadre théorique avec le processus de la professionnalisation	28
Figure 1 : grille d’analyse du processus de professionnalisation	30
2. Chapitre 2 : méthodologie	33
2.1 L’étude de cas	33
2.2. L’approche qualitative	37
2.3. Les outils de collecte de données	39
2.3.1. Les entretiens semi-dirigés	40
2.3.2. L’observation directe	44
2.4. L’analyse des résultats	47
2.5. Difficultés rencontrées	49
2.6. Présentation du terrain de recherche	51
2.6.1. L’histoire de la Coop Santé de la Basse-Lièvre	51
2.6.2. Le CA	52
Tableau 1 : composition du conseil d’administration	53

2.6.3. Le GMF et les employés de soutien	54
3. Chapitre 3 : Se professionnaliser différemment par le travail, la formation, et la réflexion sur son activité	57
3.1. Présentation des résultats	58
3.1.1. Le travail	58
3.1.2. La formation	64
Tableau 2 - Âge et expérience des médecins	65
3.1.3. La réflexion du sujet sur son activité	67
3.2. Discussion	69
3.2.1. Être médecin avant tout - la dimension travail	69
3.2.2. Aider ses pairs c'est aider sa profession - la dimension formation	73
3.2.3. La professionnalisation au service de l'amélioration continue - la dimension réflexion	75
3.2.4. Au-delà de la professionnalisation des médecins	78
4. Conclusion - La professionnalisation, un levier de transformation sociale?	80
Annexe I : guides des entretiens semi-dirigés	83
Annexe II : guide pour l'observation directe	88
Bibliographie	89

Liste des tableaux et figures

Figure 1 - Grille d'analyse	30
Tableau 1 - La composition du conseil d'administration	53
Tableau 2 - Âge et expérience des médecins	65

Remerciements

La réalisation d'un projet de recherche ne passe pas seulement par une multitude d'étapes précises, mais aussi par la collaboration d'une série d'acteurs qui contribuent chacun à leur façon à sa conception. Il ne peut donc être que naturel pour moi de remercier chacun d'entre eux individuellement.

Merci à ma directrice de mémoire, Pénélope Codello. Merci au Pôle de recherche IDEOS HEC Montréal, pour le don d'une bourse de recherche.

Merci à la Coop Santé de la Basse-Lièvre de m'avoir permis de réaliser mon étude de cas au sein de leur organisation. Merci aussi à tout le personnel qui a contribué à ma recherche.

Merci à mes parents qui m'ont toujours soutenue dans mes études et qui ont rendu possible ma progression vers la maîtrise. Merci à ma soeur, Jennifer Provost, qui elle aussi rédigeait son mémoire en 2016 et avec qui j'ai pu partager les hauts et les bas d'un tel projet.

Merci à mon conjoint, Gabriel de Roy, pour la patience qu'il a démontré durant l'élaboration de mon projet de mémoire et pour son calme inestimable dans mes épisodes de crise.

Merci à Kim Batten pour tout son soutien. Son aide était inattendue ; je n'oublierai jamais ses sages conseils dans les moments difficiles.

And last but not least, I want to thank my very best friend, Kay Petryk, for everything she is and everything she has ever done for me.

Introduction

Au cours des dernières décennies, l'innovation sociale est devenue un sujet d'intérêt académique à l'échelle mondiale. En effet, de grandes universités, telle que l'Université Stanford, ont créé des centres de recherche dont l'objectif est l'approfondissement des connaissances sur l'innovation sociale. Au Québec, l'intérêt sur le sujet semble notable : l'Université du Québec à Montréal s'est doté d'un centre sur l'innovation sociale, le CRISES ; l'Université Laval s'est fixé l'objectif de mettre de l'avant, d'ici 2020, la formation en lien avec les innovations sociale et la coopération international ; HEC Montréal a élaboré une nouvelle spécialisation à son programme de maîtrise de la gestion, c'est-à-dire gestions en contexte d'innovation sociales. Ce dernier programme d'étude est ainsi devenu une nouvelle corde sociale à l'arc de l'école de gestion, laquelle a été l'instigatrice du Pôle IDEOS – pôle en gestion des entreprises sociales. Il semble donc que la gestion et le développement des organisations ne passent plus seulement pas une saine comptabilité ou l'application des meilleures pratiques de gestion des opérations, mais aussi par la gestion des conséquences sociales que ses activités peuvent provoquer, puisque ce qui se produit à l'intérieur d'une industrie peut engendrer des conséquences positives sur une ou plusieurs communautés.

Les innovations sociales, tout comme l'amélioration et le maintien de la santé, représentent pour moi des sujets d'intérêt remontant à mes études secondaires. À cette époque, j'appris que la révolution industrielle fût la cause de l'exode de la population

vers les villes et que les Guerres Mondiales ont contribué en partie à l'augmentation exponentielle de la demande de services de soins de santé, ce qui a obligé la médecine à s'organiser rapidement afin de desservir la population (Pickstone, 2011). Depuis, au Québec, le système de services de soins de santé s'avère épuisé et au ralenti (Pickstone 2011). Cependant, le domaine de la gestion de la santé n'échappe pas au phénomène des innovations sociales, comme j'ai pu le constater lors d'une présentation par un spécialiste – Jean-Pierre Girard – de la recherche sur les coopératives de santé. Ainsi se sont développés mon intérêt pour ces organisations et mon désir d'approfondir mes connaissances sur ces dernières. Au moment de cette présentation et à mes yeux, le modèle coopératif se présentait comme une organisation complémentaire au système public de services de soins de santé. Non seulement la coopération – comme organisation et comme moyen de mise en commun d'efforts individuels – est une pratique gagnante pour tous, mais ce modèle d'administration m'apparaissait aussi se positionner comme potentiel levier de transformation sociale. Il est donc devenu pertinent pour moi de réaliser ce projet de mémoire sur le sujet des coopératives de santé au Québec.

Afin d'éviter d'évaluer un enjeu qui avait été analysé auparavant, une recension sommaire des recherches récentes sur le sujet était de mise. La combinaison de cette recherche initiale et des apprentissages théoriques vus en classe m'a finalement amenée à une première question de départ : *les coopérations de santé encouragent-elles l'innovation et la transformation sociale?* Ma directrice de mémoire et moi-

même avons donc élaboré des guides d'entretien qui nous permettraient d'ouvrir la discussion avec les participants à notre recherche sur le sujet.

Quelques mois plus tard, en fin juin 2016, j'ai eu le plaisir de visiter les locaux de la Coopérative de Santé de la Basse-Lièvre. C'est au cours de cette première journée sur le terrain que j'ai rencontré le président du conseil d'administration et que j'ai assisté à une réunion regroupant tous ses membres élus. En fin juillet, je terminais mes entretiens avec les participants qui s'étaient portés volontaires et commençait ainsi le tâche de rédiger les verbatim. Un sentiment d'incertitude qui s'était manifesté plus tôt et de manière subtile lors de mes rencontres s'est confirmé à la fin de cette tâche. Rien ne semblait clairement indiquer que les coopératives de santé pouvaient engendrer des innovations sociales. Toutefois, les participants avaient maintes fois souligné qu'assurer la continuité de la clinique médicale avait été la force motrice de sa prise en charge par la coopérative. Ainsi, outre l'amélioration de l'accessibilité des soins de première ligne, la coopérative semblait occasionner les mêmes conséquences sur la communauté que n'importe quelle autre clinique médicale. J'ai donc consulté ma directrice, lui résumant mes rencontres sur le terrain et mes notes d'observation directe. C'est ainsi, en délibérant et en modifiant notre vision de la situation, que le sujet de ce mémoire est né. En effet, nous avons cru bon d'observer le potentiel d'impact transformationnel de la coopérative de plus près, plutôt que de se concentrer sur son impact sur la société en large. Dès lors, notre recherche s'est dirigée vers l'influence des coopératives de santé sur les médecins en tant que corps professionnel. En conséquence, ce sont les médecins et plus spécifiquement leur processus de

professionnalisation qui est abordé dans cette étude de cas. La question de recherche de ce mémoire se construit donc comme suit : *en quoi les coopératives de santé proposent-elles un nouveau cadre de professionnalisation aux médecins du Québec?*

Le premier chapitre de ce mémoire présente la recension des écrits sur l'état des connaissances en respect aux coopératives de santé et au processus de professionnalisation selon la sociologie des professions. L'objectif de cette recension consiste en l'exploration du savoir et la mise en contexte de ces sujets, lesquels mènent à la création d'une grille d'analyse pertinente pour l'analyse du sujet. Puis, en second chapitre sont présentés notre processus de recherche et notre méthodologie complète de recherche. Nous décrivons également le terrain de recherche à la fin de ce chapitre, de sorte que le lecteur soit au parfum du contexte organisationnel avant la lecture du prochain chapitre qui présente les résultats de la recherche sur le terrain. Enfin, ce troisième et dernier chapitre est une analyse comparée de notre grille d'analyse expliquée en premier chapitre et des données recueillies sur le terrain. L'objectif de ce chapitre est d'une part de présenter nos résultats et de l'autre de tenter de répondre à notre question de recherche par l'entremise d'une discussion.

1. Chapitre 1 : La coopérative de santé et le renouvellement du cadre de professionnalisation des médecins

La profession de médecin au Canada est sujette à des changements tant graduels que soudains. La recherche et le développement de nouvelles connaissances en sont plausiblement une cause, tout comme les interventions gouvernementales – e.g. les projet de lois 20 et 62 au Québec – et le remplacement des médecins plus âgés par leurs pairs nouvellement diplômés. Il semble donc que la société dans son ensemble joue un rôle important dans la transformation de cette profession. Puisque ce mémoire se concentre uniquement sur les coopératives de santé au Québec et non sur tous les lieux où se pratique la médecine, la première partie de ce chapitre leur sera consacrée. Puis sera abordé le sujet de la professionnalisation, lequel nous amènera à construire notre grille d'analyse. Le chapitre se conclura donc avec la construction du cadre théorique, suivi d'une explication justificative à son utilisation.

1.1. Les coopératives de santé

Bien que le sujet des coopératives de santé soit captivant, c'est le modèle canadien, et plus particulièrement québécois qui est à propos pour ce mémoire. Il demeure cependant important de considérer que le modèle coopératif dans le domaine de la santé existe à travers le monde et que son fonctionnement varie selon la législation locale. De la sorte, il est nécessaire d'octroyer cette première partie de chapitre au fondement des coopératives au sens large, puis au sens des coopératives de santé, pour

finalement se recentrer sur le modèle canadien des coopératives de santé. À terme, cette section se terminera avec une discussion sur les particularités des coopératives de santé au Québec.

1.1.1. S'associer pour répondre à des besoins communs

Plusieurs caractéristiques définissent l'ensemble des coopératives et leurs valeurs communes. L'Alliance Coopérative Internationale définit la coopérative comme

« une association autonome de personnes volontairement réunies pour satisfaire leurs aspirations et besoins économiques, sociaux et culturels communs au moyen d'une entreprise détenue conjointement et démocratiquement contrôlée » (International Co-operative Alliance, 2016, traduction libre).

Elles sont administrées selon une démocratie directe et représentative ; directe puisque chaque membre détient un droit de vote, et représentative car les membres élisent un groupe d'administrateurs qui formeront le conseil d'administration, lequel s'occupera de la gestion à long terme de la coopérative (Vienney, 1994). Ces derniers sont chargés de prendre des décisions au nom des membres dans l'intérêt des membres. Il est à savoir que dans certains pays, un « membre » peut être un groupe d'intérêt ou une municipalité dans son ensemble, mais il demeure tout de même désigné comme étant un membre unique (Chaire de Coopération Guy-Bernier, 1996). Cela signifie que le groupe d'intérêt ne possède qu'un seul vote et détient donc autant de pouvoir sur les prises de décisions que les autres membres uniques. Quant aux gains financiers gagnés, le modèle coopératif exige que les administrateurs réinvestissent tous les

profits à l'intérieur de l'organisation ou les distribuent également entre les membres sous la forme de ristournes ou de distribution de marchandise – dans le cas d'une coopérative d'approvisionnement par exemple (Fauquet, 1942).

Bien que les modèles de coopératives varient à travers le monde, elles poursuivent tout de même sept valeurs centrales (Malo, Lévesque & Girard, 1998):

1. *L'adhésion volontaire et ouverte* : toute personne peut faire une demande d'adhésion et ne peut être refusé pour des raisons discriminatoires. L'administration est aussi formée de membres bénévoles aptes à réaliser les tâches qui leur sont confiées.
2. *Contrôle démocratique par les membres* : un membre, un vote.
3. *Participation économique des membres* : les membres doivent contribuer également au capital de leur coopérative. Les profits leur sont retournés en ristourne ou réinvestis dans le développement de la coopérative.
4. *Autonomie et indépendance* : la coopérative est gérée par ses membres et ne peut signer une entente avec un gouvernement ou une entreprise que si la majorité des membres vote en faveur de ce partenariat.
5. *Éducation, formation et information* : les membres et la communauté doivent recevoir de l'information de la part de la coopérative. Elle s'engage aussi à pourvoir de la formation continue à ses membres employés et aux membres du conseil d'administration.
6. *Coopération avec les autres coopératives*
7. *Engagement envers la communauté* : la coopérative vise le développement durable de la communauté par des politiques votées par ses membres. (DIEQ, 2009; International Co-operative Alliance, 2016, traduction libre; International Health Cooperative Organisation, 2007)

Lorsqu'il s'agit de coopératives de santé, le cadre descriptif se restreint. D'après une typologie des Nations Unies élaborée en 1997, il existe quatre niveaux de coopératives

de santé. Cette typologie se présente comme un entonnoir, ouvrant au niveau des coopératives les plus concernées par les soins de santé et se restreignant vers le niveau de celles qui y touchent moindrement : 1) les coopératives de santé directement concernées par la santé, 2) celles touchant des aspects de la santé, 3) celles pouvant apporter un support aux coopératives de santé (e.g. coopérative de services financiers), et finalement 4) l'ensemble des autres coopératives (Girard, 1998). Dans un objectif de clarté et de précision, la présente recension des écrits ne s'intéressera qu'au premier niveau de coopérative de santé, c'est-à-dire celui le plus dirigé vers l'offre de services de soins de santé. Ce niveau, toujours selon la typologie des Nations Unies, inclut trois modèles de coopératives de santé : celles offrant des services aux individus telles que les coopératives d'usagers, de producteurs et mixtes, les pharmacies coopératives et les coopératives offrant un support en matière de santé au premier modèle de coopérative de santé (Chaire de Coopération Guy-Bernier, 1996). Malgré cette typologie d'envergure internationale, les lois et règlements entourant les coopératives de santé diffèrent selon leur localisation. Elles demeurent néanmoins une organisation qui appartient à ses membres et qui s'engage à offrir des services de soins de santé à la communauté.

1.1.2 Les coopératives de santé au Canada : mieux distribuer les services de première ligne

Au Canada, les services de soins de santé sont administrés et organisés par les provinces et territoires. Toutefois, les lois canadiennes sur l'accès universel aux

services médicaux, qui remontent aux années 1950 et 1960 selon la province, ont préséance sur les réglementations provinciales. Depuis l'avènement de ces lois, les coûts liés aux systèmes de santé ont continuellement crû, atteignant un taux d'augmentation des coûts de 83,3% entre 1975 et 1987 (Chaire de Coopération Guy-Bernier, 1996). En 2015, 10,9% du PIB national était consacré à la santé, le sommet de 11,6% ayant été atteint en 2010 (Institut canadien de l'information sur la santé, 2015). Malgré ces dépenses importantes, les temps d'attente continuent de croître, alors que certains services demeurent indisponibles en région, obligeant les malades à se déplacer régulièrement vers les grandes villes, voire même déménager, pour recevoir leurs traitements. C'est afin d'améliorer la disponibilité des services de soins de santé que les coopératives de santé tentent de s'insérer dans les systèmes de santé provinciaux et ce, comme organisation complémentaire à ces derniers. En 2014, 535 coopératives de santé et de services sociaux opéraient à travers le Canada (Cooperatives and Mutuals Canada, 2015).

En ce qui concerne leur régie interne, elles sont, pour ainsi dire, très similaire à travers le pays. D'une part, la coopérative de santé doit être administrée par un conseil d'administration – le CA, celui-ci composé de membres élus lors d'une assemblée générale regroupant les membres de la coopérative (RLRQ C-67.2 ch. 10, 76.3). Ce CA se charge de représenter les membres de la Coop et de planifier l'administration à de la clinique. De la sorte, les médecins ne devraient pas s'attarder sur des tâches administratives, mis à part la réclamation de leur salaire au gouvernement qui implique la déclaration de leurs actes posés ou heures travaillées selon leur entente

salariale. Finalement, en ce qui concerne les locaux et l'existence physique des coopératives, elles sont limitées à un seul espace de pratique : dans l'éventualité qu'une coopérative verrait le besoin d'ouvrir une seconde clinique, elle ne pourrait la gérer sous le même conseil d'administration (RLRQ C-67.2 ch. 11&17). Elle pourrait assister à la collecte de fonds et offrir de l'aide consultative à d'autres coopératives en démarrage, mais ses membres respectifs seraient les nouveaux propriétaires et formeraient le nouveau conseil d'administration de cette coopérative de santé.

D'après la recension des écrits, l'objectif des coopératives de santé à travers le Canada comporterait deux modalités. D'une part, on vise le maintien des services de soins de santé en région (Groupe de travail sur les coopératives de santé, 2013; Lévesque, 1990). D'autre part, les coopératives de santé, qui souscrivent au système de soins de santé public, pourraient servir à freiner l'ascension de la privatisation des soins de santé (Bélanger, 1984; Bourgault-Brunelle, 2014; Lévesque, 1990).

Puisque les coopératives de santé au Canada souscrivent à un même fondement organisationnel, celles du Québec ne font pas exception. Cependant, il est judicieux d'explorer leurs particularités vis-à-vis de l'ensemble des coopératives de santé au pays afin de mieux évaluer les résultats de notre étude de cas. La prochaine section sondera donc l'état des connaissances sur les coopératives de santé au Québec.

1.1.3 Pour améliorer la distribution géographique des médecins au Québec

Devant la Colombie-Britannique, la plus grande concentration de coopératives de santé se trouve au Québec (FCSDSQ, 2016). L'intérêt initial envers ces institutions remonte à 1946, au Forum annuel du Conseil supérieur de la coopération – ancêtre du Conseil québécois de la coopération et de la mutualité (Brassard, 2009). Au cours de ce rassemblement, le Dr Jacques Tremblay soulève le problème d'accès territorial aux médecins, qui selon lui pourrait se voir résoudre par la création de coopératives de quartier. D'après le Dr Tremblay, ce système permettrait à chaque quartier de se doter d'un médecin, réduisant ainsi les inégalités d'accessibilité à travers la province (Brassard, 2009). L'expérience de ce médecin en la matière remonte à 1944, alors qu'il fonde puis dirige « La coopérative de santé de Québec », laquelle crût pour s'étendre à l'échelle de la province en 1946 (Girard & Garon, 1999). Sa proposition, malgré tout, s'alignait au désir généralisé de la population de maintenir la présence des médecins en région, le tout en créant un partenariat entre les communautés et les médecins (Brassard, 2009). Puis, vers 1960, des cliniques populaires naissent ici et là, à l'échelle de la province. À cette époque, la nouvelle génération de médecins, plus préoccupée par la question de justice sociale, cherche à améliorer la relation avec leurs patients et aspire à créer des rapports plus égalitaires avec ces derniers (Girard & Garon, 1999). Bien qu'à cette époque leur statut officiel ne soit pas celui d'une coopérative, certains principes coopératifs semblaient être centraux à ces cliniques : processus démocratique d'un membre, un vote ; l'éducation des usagers, et les liens étroits avec la communauté (Girard & Garon, 1999).

De nos jours, au Québec, les coopératives de santé sont regroupées sous l'éventail des coopératives de solidarité, lesquelles permettent l'adhésion de trois types de membres (Malo, Lévesque & Girard, 1998). Selon la loi sur les coopératives, une coopérative de solidarité

« regroupe au moins deux catégories de membres parmi les suivantes:

1° des membres utilisateurs, soit des personnes ou sociétés qui utilisent les services offerts par la coopérative en tant que producteurs ou consommateurs;

2° des membres travailleurs, soit des personnes physiques œuvrant au sein de la coopérative;

3° des membres de soutien, soit toute autre personne ou société qui a un intérêt économique, social ou culturel dans l'atteinte de l'objet de la coopérative » (RLRQ C-67.2 ch. 7, 226.1).

D'autre part, en tant que coopérative de solidarité, « elles fournissent directement ou indirectement des biens et des services à leurs membres pour leur usage personnel et demeurent la propriété de ceux-ci » (Girard & Garon, 1999). Cette notion de propriété est assurée par une contribution – financière ou autre, tel que du temps bénévole – de la part des membres. Lorsqu'il est sujet de contribution monétaire, celle-ci se manifeste par des frais ponctuels d'adhésion ou une contribution annuelle. Cependant, les coopératives de santé doivent tout de même respecter les termes de la Loi canadienne sur la santé et ainsi assurer l'accessibilité universelle et gratuite à un médecin. En conséquence, ces coopératives ne peuvent restreindre l'accès à des services de soins de santé qu'à leurs membres et doivent accepter de desservir également les non-membres (Girard, 2013; Girard & Garon, 1999). Les coopératives

peuvent néanmoins offrir des incitatifs à leurs membres, tels que des escomptes en clinique sur des services non-couverts par la RAMQ (e.g. les prises de sang) ou même hors clinique chez des partenaires. En outre, contrairement à certaines coopératives œuvrant ailleurs au Canada, les médecins pratiquant en coopérative au Québec maintiennent leur statut de travailleur autonome et ne sont pas rémunérés par la coopérative : leurs salaires demeurent dépendants des actes qu'ils posent et qui sont payés par la RAMQ.

En ce qui concerne la gestion et l'administration de la clinique coopérative, elles reposent entre les mains d'un conseil d'administration, comme partout au Canada. Ainsi, les médecins se libèrent de responsabilités administratives non-relées à la pratique médicale, lesquelles accaparent une grande partie du temps de leurs confrères propriétaires de leur clinique privée. Ce fonctionnement permet également aux membres et à leurs représentants d'aligner l'offre de service de soins de santé aux besoins particuliers de leur communauté, puisqu'ils détiennent les pouvoirs décisionnels.

1.1.4. La coopérative de santé, une alternative attirante pour les médecins

Sans équivoque, les coopératives de santé au Canada existent pour répondre aux besoins de leur communauté. Dans certains cas, elles sont d'ailleurs nées pour ralentir l'exode des services de soins de santé vers les centres urbains et freiner la montée des services privés (Brassard 2009; Lévesque, 1990). Au Québec, elles semblent avoir émergées pour assurer l'accessibilité aux soins de santé à toute la population et se

développent aujourd'hui pour améliorer l'autonomie médicale des communautés (Bourgault-Brunelle, 2014; Girard, 2013). En effet, entre 2000 et 2005, le nombre de cliniques médicales privées, c'est-à-dire gérées par des médecins, est passé de 1250 à 840 (Brassard 2009). Depuis, leur nombre continue de chuter, les nouveaux médecins désirant éviter la charge financière associée à la possession d'une clinique médicale (Groupe de travail sur les coopératives de santé, 2013). Acheter une clinique existante ou en instituer une nouvelle peut engendrer des coûts dépassant les deux millions de dollars, selon son emplacement et au gré des rénovations et améliorations qui doivent être effectuées.

Les coopératives de santé au Québec peuvent ainsi représenter une alternative attirante pour les médecins qui désirent travailler en cabinet, mais qui ne souhaite pas s'imposer une charge fiscale d'envergure, ni faire de la gestion. Il paraît alors raisonnable de croire que les médecins, qui en coopérative ne doivent se soucier que de leurs patients, n'aient pas à s'exiler vers des grands centres à densité de population élevée où une clinique serait plus rentable. Selon ce que les écrits académiques infèrent, nous sommes portés à croire que la coopérative de santé comme option de lieu de pratique permettrait effectivement aux médecins de rester en région et servir les gens de leur communauté, sans pour autant les désavantager financièrement.

1.1.5. La coopérative de santé est-elle au service de ses professionnels?

Nos recherches portent à croire que les écrits sur les coopératives de santé abordent peu la manière dont ce modèle de gestion des services de soins de santé affecte dans

son ensemble la communauté professionnelle des médecins. Les travaux traitent plus fréquemment du fait que le médecin qui pratique en coopérative, en tant qu'individu, n'a plus à se soucier de l'aspect administratif relié à la gestion d'une clinique médicale, ce qui contribue à améliorer ses conditions de travail (Brassard & Darou, 2012; Groupe de travail sur les coopératives de santé, 2013; Hébert & Prémont, 2010). Les écrits que nous avons cités ultérieurement suggèrent que les coopératives œuvrent à freiner l'exil médical des régions et à ralentir la privatisation des soins de santé. De la sorte, les coopératives de santé ne devraient-elles pas être plutôt conçues pour les médecins avant même de l'être pour les patients? Pour améliorer l'accès aux soins de première ligne et mobiliser les médecins en région, il faut que le lieu de pratique présente des ressources supérieures à la compétition et soit un excellent environnement de travail qui leur permet de s'épanouir. Puisque l'amalgame de ces éléments crée un nouveau cadre de travail en institution, pourquoi ne toucherait-il pas également le médecin en tant que professionnel? Si tel est le cas, la coopérative de santé s'afficherait comme un lieu de pratique de la médecine qui chamboule le processus de professionnalisation des médecins comme nous le connaissons actuellement.

1.2. L'approche anglo-saxonne, professionnaliser les médecins au Québec

Nous reconnaissons que le statut du médecin dans la société a grandement changé depuis la fin du 18e siècle – tout comme la majorité des professions. En effet, le Collège des Médecins (CMQ) a joué un rôle prédominant dans cette évolution, par le

déploiement de stratégies de professionnalisation dont les avantages sont multiples : création d'un monopole sur les services de soins de santé ; augmentation du lien de confiance entre le patient et son médecin ; autonomie clinique ; statut social supérieur pour les médecins ; autorégulation ; et échange des connaissances (Lepage, 2015). Néanmoins, avant d'étudier comment la coopérative de santé en tant qu'institution peut actuellement toucher les médecins en tant que professionnel, nous croyons qu'il est sage de prendre du recul afin de faire le constat du processus historique de la professionnalisation des médecins au Québec : pour analyser un professionnel il est sage d'étudier comment il l'est devenu. Après tout, la professionnalisation « indique, dans sa première acception, le processus par lequel une activité devient une profession libérale mue par un idéal de service » (Wittorski, 2008). Cette révision nous permettra de concevoir le médecin-travailleur comme étant une brique singulière de la grande institution de la médecine au Québec et nous permettra également de confirmer qu'un environnement de travail peut affecter ce processus de professionnalisation. Cette section du premier chapitre évaluera donc les approches existantes en ce qui concerne le processus de professionnalisation, conformément à la sociologie des professions, lequel devrait nous permettre de valider notre pressentiment que le lieu de pratique est une dimension significative au processus de professionnalisation. Ces constats nous permettront ensuite de structurer le cadre d'analyse théorique sur lequel se fondera l'analyse de notre recherche sur le terrain.

1.2.1. Les grandes écoles de pensée : les approches francophone et anglo-saxonne

Les écrits sur la professionnalisation se divisent en deux approches : une dite francophone, l'autre anglo-saxonne. L'approche francophone privilégie la diversité à un idéal-type de professionnalisation, répartissant les professions sous cinq objets et sens : professionnalisation de l'activité, professionnalisation du groupe exerçant l'activité, professionnalisation des savoirs, professionnalisation de la formation, et la présence d'une rhétorique et d'une dynamique de construction identitaire d'un groupe social (Wittorski, 2007). Ainsi, suivant l'approche francophone, la profession de médecin existe car elle est une activité rémunérée, dont le savoir est distribué par l'entremise d'ordres et de revues scientifiques, et à laquelle les praticiens s'identifient en tant que groupe social. L'approche théorique anglo-saxonne, quant à elle, est plus délimitée et précise. En effet, ses premières définitions gravitaient autour du principe fonctionnaliste – ce fondement demeure d'ailleurs le fil conducteur de cette école de pensée. Selon ce modèle, trois critères définissent les professions : la spécialisation du savoir, une formation de haut niveau et un idéal de service (Wittorski, 2007). Ainsi, d'après Merton, un sociologue américain dont une vaste majorité des travaux est centrée sur les rôles sociaux,

« la professionnalisation désigne un processus historique par lequel une activité (occupation) devient une profession du fait qu'elle se dote d'un cursus universitaire qui transforme les connaissances empiriques acquises par l'expérience en savoirs scientifiques appris de façon académique et évalués de manière formelle sinon incontestable. » (Wittorski, 2007)

Bien que l'approche francophone soit assez inclusive pour bien illustrer le cas des médecins au Québec, nous considérons que l'approche anglo-saxonne l'est d'autant plus. Il semblerait en effet que c'est afin de poursuivre des objectifs d'augmentation de l'efficacité et d'une légitimation des pratiques que les médecins au Québec se seraient regroupés sous une association professionnelle, en l'occurrence le CMQ (Wittorski, 2007). Ainsi, pour des raisons de concordance avec les données recueillies, tant au niveau des écrits académiques que de la recherche sur le terrain, nous poursuivrons ce mémoire conformément à l'approche anglo-saxonne du processus de la professionnalisation.

1.2.2. Protéger les médecins avant la population?

Les stratégies d'exclusion et de subordination des professionnels de la santé non-médecins par le CMQ suggèrent que la raison-d'être de la professionnalisation de la médecine ne se présente pas exclusivement sous la bannière de la protection de la population. L'approche anglo-saxonne proposerait plutôt que les médecins se sont initialement organisés sous un ordre professionnel afin d'accumuler un plus grand nombre de pouvoirs et de contrôle sur la dotation des soins de santé (Goulet, 2004). Toutefois, ce besoin d'organisation professionnelle ne reflète pas forcément un désir individualiste de la part des médecins d'obtenir davantage de privilèges et de droits, mais il se manifesterait plutôt comme une nécessité légale afin de conserver les normes de la pratique médicale développées par ses professionnels (Goulet, 2004). En effet, les débuts de la médecine comme profession moderne remontent au 19^e siècle,

alors que les conditions sociales et économiques – la croissance de l’urbanisation et de l’industrialisation – s’alignent et provoquent une augmentation de la demande de services de soins de santé, ayant pour effet d’accroître également la concurrence dans l’offre (Wittorski, 2007). Les médecins qui avaient investi temps et argents considérables afin d’acquérir leurs connaissances et ouvrir leur pratique ont alors ressenti le besoin de protéger leur investissement, voire même d’améliorer sa valeur marchande, faute de quoi, d’autres pourraient réclamer un salaire et une réputation équivalente, alors qu’ils possédaient peu d’éducation formelle en soins de santé (Wittorski, 2007). De la sorte, le Collège des Médecins est né. Celui-ci retenait pour mission d’instituer formellement la profession via des symboles – un uniforme, un discours, de l’équipement (Wittorski, 2007) – et des campagnes de sensibilisation à l’hygiène menées par les médecins. C’est au fil des années et des pressions exercées par le CMQ sur le gouvernement que les médecins gagnèrent le quasi-monopole sur les services de soins de santé.

L’intérêt de protéger l’investissement personnel et la réputation des médecins constitue donc le fondement de la professionnalisation de l’occupation. Néanmoins, outre le regroupement des médecins sous une association et/ou un ordre, d’autres mécanismes de professionnalisation ont été organisés et mis en place pour renforcer ce sentiment de légitimité professionnelle.

1.2.3. La fortification autour de la profession de médecin

Officiellement, au Québec, le Collège des Médecins représente le mécanisme de professionnalisation le plus robuste pour les médecins, alors qu'il sert de fondation aux autres mesures de protection de la profession et qu'il englobe la majorité des autres moyens. De ce fait, le CMQ détient le droit d'octroyer les permis de pratique à ceux qui répondent à leurs critères de qualifications, assurant ainsi que le bassin de médecins au Québec pratique selon des connaissances comparables et des procédures uniformisées. Le CMQ est également responsable de régir les plaintes provenant des patients et s'assure ainsi que les médecins respectent les règles et lois établies par le gouvernement.

Le code de déontologie, écrit et révisé par le CMQ et le gouvernement provincial, forme une seconde mesure de protection de la profession. Selon le guide explicatif du CMQ sur les modifications au Code de déontologie des médecins, « le nouveau Code de déontologie des médecins [...] a été adapté à la réalité d'aujourd'hui afin de mieux protéger le public » (CMQ, 2015). Pourtant, il faut évoquer de nouveau que le code de déontologie existe pour protéger la légitimité de la profession et doit donc être régulièrement actualisé. Les médecins qui ne respectent pas le code de déontologie sont sanctionnés et peuvent perdre leur permis de pratique après avoir commis des infractions. En unifiant les services de soins de santé et les procédures qui y sont reliées, le nombre d'erreurs en la matière est limité, contribuant par conséquent à maintenir un certain niveau de confiance de la part de la population.

1.2.4. Médecin recherche coopérative de santé en opération

À la lumière de ces constats, il apparaît que ces éléments du processus de professionnalisation touchent les médecins à l'échelle provinciale, et ce, par l'entremise du CMQ et des mesures légales adoptées par les gouvernements. La coopérative, en tant qu'institution, pourrait-elle donc potentiellement s'inscrire comme prochain canal de professionnalisation de la médecine et sortir le processus de son cadre initial d'existence? En réalité, nous savons que la coopérative de santé encourage la pérennité de l'offre de services de soins de santé de première ligne, car son modèle de gestion permet aux médecins de ne pratiquer que la médecine, et non pas d'agir comme administrateur-médecin – permettant de dédier plus de temps à des consultations avec les patients. Sans les professionnels de la santé, plus particulièrement les médecins, une coopérative de santé pourrait éprouver des difficultés à poursuivre sa mission de desservir complètement la communauté – malgré qu'elle puisse employer d'autres professionnels médicaux non-médecins. De plus, d'après les écrits sur le sujet des coopératives, nous constatons qu'il est souvent inféré que ces organisations tentent principalement de favoriser la résidence des médecins dans la communauté en leur offrant des conditions de travail qui correspondent davantage à leurs besoins (Brassard & Darou, 2012 ; Comeau & Girard, 2007 ; Hébert & Prémont, 2010). Visiblement, on octroie aux médecins une attention singulière afin de les solliciter plus particulièrement. Finalement, l'approche anglo-saxonne sur la professionnalisation suggère aussi que ce processus se présente de manière fonctionnaliste : en coopérative, la pratique de la médecine deviendrait en soi

plus efficace et légitime puisque les besoins en administration de ces médecins seraient comblés.

1.3. Construire un cadre théorique avec le processus de la professionnalisation

La société et les ordres professionnels jouent un rôle important dans le processus de professionnalisation des médecins, mais notre recherche indique que l'établissement et sa culture d'organisation pourrait aussi se prêter à l'exercice de la professionnalisation. En effet, tandis que la littérature provenant de la sociologie des professions avance que

« la professionnalisation renvoie à l'existence de groupes professionnels composés d'individus qui, objectivement, occupent une place identique dans la division du travail, et qui en même temps offrent à leurs membres une existence subjective plus ou moins garantie » (Roquet, 2012),

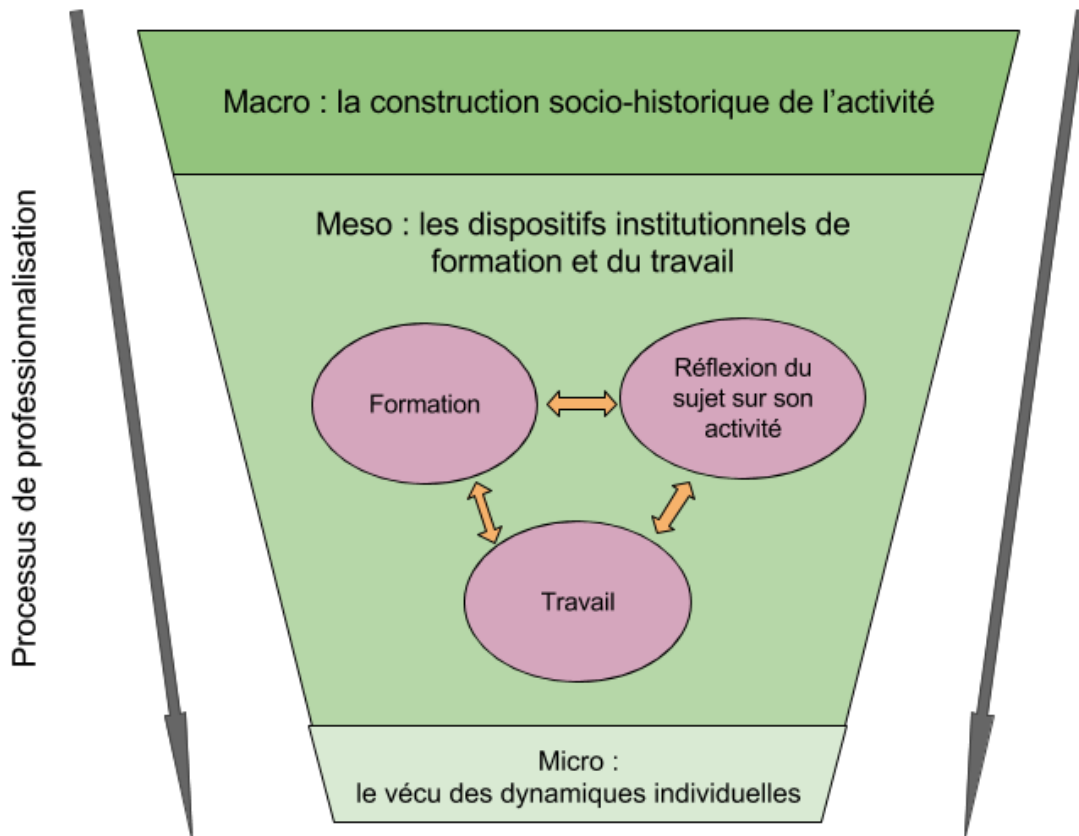
il a été observé plus récemment que la pratique d'un métier professionnalisé varie d'une entreprise à l'autre, menant à ce que l'on appelle un processus d'institutionnalisation de l'activité (Wittorski, 2008). Wittorski souligne également que « la professionnalisation présente une connotation positive au service d'une nouvelle mobilisation des salariés dans des contextes de travail plus flexibles, faisant davantage appel aux ressources subjectives des personnes. » La recherche soutient donc que

« l'activité prescrite a tendance à se différencier selon les entreprises faisant appel à un même corps professionnel, de sorte que les titulaires d'un même groupe professionnel ne réalisent plus tout à fait la même activité selon le contexte de travail dans lequel ils sont. » (Wittorski, 2008)

Cette institutionnalisation de la profession serait expliquée par le besoin des organisations de façonner une culture organisationnelle interne plus forte que l'identité professionnelle, laquelle améliorerait par surcroît le contrôle institutionnel sur la nature du travail (Wittorski, 2008). La création du professionnel passerait ainsi grandement par son éducation et par le développement de ses activités en milieu de travail (Wittorski, 2008), mais aussi par son expérience de la division du travail (Roquet, 2012). En conséquence, le cadre coopératif devrait être reconnu comme étant un espace authentique pour l'institutionnalisation de la pratique de la médecine. Nous proposons, dès lors, d'observer et d'analyser les mécanismes de professionnalisation inhérents à cet espace dans le contexte d'une coopérative de santé en particulier. Cependant, afin de réaliser cette proposition, une grille d'analyse adéquate doit être construite.

En combinant les connaissances retirées des textes de Roquet et Wittorski, nous avons construit la grille d'analyse suivante (voir figure 1). Afin de se conformer à cette grille d'analyse et dans le but de répondre à notre question de recherche de mémoire, *en quoi les coopératives de santé proposent-elles un nouveau cadre de professionnalisation aux médecins du Québec?*, ce mémoire se penchera uniquement sur le processus de professionnalisation des médecins en coopératives de santé selon le second niveau d'activité, c'est-à-dire le niveau meso. Celui-ci sera expliqué au cours des prochaines pages.

Figure 1 : grille d'analyse du processus de professionnalisation



De Roquet, nous apprenons que les processus de professionnalisation, au sens de l'approche anglo-saxonne, s'articule selon trois niveaux d'activité : les niveaux macro, meso, et micro. Au niveau meso se situe l'institutionnalisation de l'activité professionnelle telle qu'étudiée par Wittorski. En conséquence, ceci nous renvoie aux textes de ce dernier qui suggèrent que ce phénomène se produit à travers trois dimensions : la formation, le travail, et la réflexion du professionnel sur ses activités.

Selon Wittorski, la formation est un acte qui existe non pas parallèlement à l'acte de travail, mais en relation étroite avec ce dernier :

« il ne s'agit plus seulement de transmettre de façon déductive des contenus pratico-théoriques ou, au contraire, d'apprendre sur le tas (formation informelle) mais d'intégrer dans un même mouvement l'action au travail, l'analyse de la pratique professionnelle et l'expérimentation de nouvelles façons de travailler » (Wittorski, 2008).

Pour les chercheurs qui adhèrent à la même école de pensée, la professionnalisation par la formation en milieu de travail est intrinsèquement reliée aux situations propices au développement professionnel y existant (Wittorski, 2008) : plus les possibilités sont grandes, plus la professionnalisation institutionnalisée par la formation sera sollicitée. On inclut dans ces potentialités l'autoformation accompagnée, les situations de travail simulées, les situations de travail accompagnées, les retours d'expérience, les situations en partage de pratiques, les voyages d'études, la rédaction de mémoires et les rencontres professionnelles (Wittorski, 2008).

La dimension du travail réfère alors à tout ce qui touche le professionnel dans son environnement et dans l'atteinte de ses objectifs en milieu de travail. Tel que le souligne l'approche anglo-saxonne de la professionnalisation, c'est l'amélioration de l'efficacité et des services offerts qui est visée par ce processus. En outre, cette dimension se situe dans une logique d'action qui touche directement la culture du travail (Wittorski, 2008). La relation de cette dimension avec l'institutionnalisation d'une profession est ainsi plus aisément observable, puisque ce sont les particularités d'un milieu de travail qui le distinguent visuellement d'un autre.

Finalement, la réflexion du professionnel sur ses activités réfère à la circulation des pensées et des apprentissages entre toutes les dimensions du niveau meso de

l'institutionnalisation du processus de professionnalisation. Comme le démontre la Figure 1, les activités de travail et de formation mènent le professionnel à questionner, et donc à revoir plus particulièrement les conditions de transformation de ses pratiques (Wittorski, 2008). Cette réflexion inclut donc également la réponse du professionnel devant une erreur commise dans la dimension du travail et qui s'inscrit maintenant dans la dimension de la formation – dans ce cas-ci, on parlerait d'apprentissage par les retours d'expérience. Ces réflexions, il est espéré, peuvent mener à des changements dans les activités de l'organisation et dans celles des professionnels qui y travaillent.

Nous terminons ainsi le premier chapitre de ce mémoire, qui a mis en lumière les connaissances actuelles sur les coopératives de santé au Québec et le processus de professionnalisation des médecins de la province. Les prochains chapitres aborderont la recherche qui a été effectuée au sein d'une coopérative de santé en Outaouais.

2. Chapitre 2 : méthodologie

Dans cette deuxième partie, nous examinerons les méthodes initiales de recherche que nous avons employées afin de répondre à notre question de départ initiale, *les coopérations de santé encouragent-elles l'innovation et la transformation sociale?*. Par la suite, nous ferons état des ajustements que nous avons dû effectuer afin que ces méthodes correspondent à notre question de recherche finale, *en quoi les coopératives de santé proposent-elles un nouveau cadre de professionnalisation aux médecins du Québec?* Nous ouvrons la discussion avec la technique de l'étude de cas. Puis, nous aborderons en ordre les sujets de l'approche qualitative, des outils de collecte de données, et de l'analyse des résultats.

2.1 L'étude de cas

Dès le début des démarches de ce mémoire, la question du terrain de recherche était centrale et fondamentale à son développement. Puisque le sujet de recherche concernait les coopératives de santé, nous voulions assurément en visiter une et possiblement deux ou trois si le temps et les ressources nous l'accordaient. Cependant, il est devenu évident que nos ressources ne nous permettraient pas de visiter plus d'une coopérative. Les coopératives de santé étant rares dans la grande région de Montréal, nous avons étendu notre recherche à tout le sud du Québec – par souci de facilité d'accès. À nos yeux, les critères de sélection devaient être simples. Premièrement, la coopérative devait exister depuis au moins deux ans ou du moins avoir franchi l'étape du recrutement initial de membres ; nous estimions qu'une coopérative au stade

embryonnaire ne chercherait pas activement à encourager l'innovation sociale dans sa communauté. Deuxièmement, pour permettre à notre chercheure principale d'accéder plus facilement au lieu de recherche, la coopérative devait être en proximité d'un centre urbain. Finalement, elle ne devait pas être aux prises avec des problèmes majeurs de gestion – e.g. un déficit financier majeur – au moment de la recherche, car nous jugions que les ressources de la coopérative seraient attribués à les résoudre. Ces critères ont été listés par la chercheure principale afin que la coopérative étudiée jouisse d'une situation favorable qui pourrait encourager le développement d'innovations sociales. Pour trouver une coopérative de santé répondant à nos critères, nous avons visité le site web de la Fédération des coopératives de services à domicile et de santé du Québec (FCSDSQ) et nous avons établi une liste de coopératives de santé potentielles, puis nous avons effectué nos choix finaux en visitant les différents sites web de ces coopératives. C'est ainsi que nous avons repéré la Coop Santé de la Basse-Lièvre, située à Gatineau, dans le secteur de Buckingham. Au moment de notre découverte en début 2016, dix-huit médecins travaillaient à cette coopérative de quelque mille six cents membres. Comparativement, les coopératives de santé potentielles figurant sur notre liste disposaient souvent de moins d'une dizaine de médecins. Nous avons contacté le conseil d'administration de la Coop Santé de la Basse-Lièvre pour évaluer son intérêt à participer à notre recherche, ce qui fût rapidement confirmé.

« Une étude de cas est un texte écrit ou simulé, un témoignage oral ou enregistré relatant une situation problématique concrète et réaliste, c'est-à-dire un incident

significatif, une situation embarrassante ou critique ou tout simplement le déroulement d'une situation dans le temps » (Muchielli, 1969).

Suivant cette définition, nous avons donc choisi de relater la situation des médecins de la Coop de la Basse-Lièvre et d'utiliser cette dernière pour répondre à notre question de recherche. Il aurait été possible de faire de même avec deux ou trois autres coopératives, mais deux raisons nous ont convaincus qu'une seule étude de cas serait préférable. Premièrement, « la méthode [de l'étude de cas] facilite en outre l'identification de pratiques administratives exemplaires qui peuvent servir de leçons d'avenir pour l'ensemble du programme évalué » (Gauthier, 2010). Dès lors, nous estimions que nous concentrer sur une seule coopérative nous permettait de cerner plus adéquatement les pratiques administratives qui contribuent au succès de l'organisation. Faire de même avec plusieurs coopératives aurait été possible, mais l'étude de plusieurs coopératives de santé aurait requis davantage de temps de recherche sur le terrain et une plus grande collecte de données. Puisque ce travail est une mémoire de maîtrise, notre temps de rédaction et l'étendue du texte sont limités, rendant cette aspiration déraisonnable. En outre, la rigueur de recherche que permet cette méthode et cette concentration particulière sur une seule coopérative sont avantageuses pour cette dernière, puisque les membres de sa direction pourront bénéficier d'un regard externe sur leur organisation.

Hormis les avantages de l'étude de cas, nous demeurons conscients des critiques à son égard. Le problème de validité interne était une possibilité prévue puisque l'outil principal de collecte de données était l'entrevue semi-dirigée. Ce problème fait

référence aux biais que les chercheurs introduisent dans les résultats de leur recherche et qui peuvent mener le chercheur à favoriser certaines bribes d'informations qui confirment ses hypothèses (Gauthier, 2010). Pour contrecarrer ce problème, nous avons élaboré une question de départ qui ne présupposait aucune conclusion : *les coopérations de santé encouragent-elles l'innovation et la transformation sociale?* Puis, les conversations avec les participants durant nos entretiens terminait avec une question ouverte sur le rôle potentiel de transformateur social de la coopérative de santé. C'est par la suite, en évaluant nos verbatim, que nous avons constaté que la coopérative de santé est plutôt intrigante pour le processus de professionnalisation des médecins, avant d'agir comme un agent de transformation de la communauté, ce qui a mené à contribuer à l'élaboration de notre nouvelle question de recherche.

La seconde critique de l'étude de cas qui devait être surmontée concerne la validité externe. Effectivement, une étude de cas limitée à une seule coopérative de santé ne peut représenter l'ensemble de ces organisations (Gauthier, 2010). À cette critique, nous répondons que nous ne prétendons pas le contraire. Vraisemblablement, l'étude de cas d'une coopérative de santé ne peut décrire que la situation de cette dernière, puisque l'organisation vit une relation de grande proximité avec sa communauté. Cependant, le cas de la Coop Santé de la Basse-Lièvre peut tout de même servir d'exemple à d'autres coopératives de santé qui sont en développement, et potentiellement justifier l'existence de ce type d'organisation au sein du système de santé québécois.

2.2. L'approche qualitative

Bien que l'étude de cas puisse se réaliser sous une approche quantitative (Gauthier, 2010), nous avons choisi d'emprunter les méthodes de l'approche qualitative pour deux raisons : donner une voix à notre sujet et interpréter son développement historique de manière multidisciplinaire (Gauthier, 2010).

Nous avons opté pour l'approche qualitative car elle se distingue de celle quantitative dans ses objectifs et processus. D'une part, la recherche qualitative teste rarement des théories, préférant utiliser un ou plusieurs cas afin de développer des idées (Ragin & Amoroso, 2011). Avant de réaliser sa collecte de données, le chercheur doit déterminer les raisons qui le poussent à enquêter sur le sujet, ce qui lui permettra de dresser une liste de concepts flexibles qui pourront lui être utiles lors de sa recherche (Ragin & Amoroso, 2011; Gauthier, 2010). Ce fonctionnement permet également au chercheur de reconsidérer son approche tout au long de son étude, s'il le désire. Ainsi, les concepts initialement adoptés et qui sont les plus pertinents se solidifieront, alors que d'autres seront abandonnés. Cette méthode de travail est désignée « approche abductive » : « l'abduction désigne une forme de raisonnement qui permet d'expliquer un phénomène ou une observation à partir de certains faits. [...] L'abduction se laisse donc reconstruire a posteriori comme un raisonnement déductif faillible. » (Catellin, 2004) Cette approche permet au chercheur de revoir ses présupposés et ses résultats continuellement, sans devoir les inscrire dans des postulats définitifs. Le chercheur qui travaille selon la méthode qualitative peut donc conduire une étude de terrain – des

observations et entrevues au cours d'une immersion dans le lieu d'enquête – et/ou des entrevues approfondies (Ragin & Amoroso, 2011). Cette approche fonctionne comme un amplificateur de données sociales, qui rehausse la valeur d'une information et qui la distingue de ses pairs (Ragin & Amoroso, 2011). Dès lors, l'objectif de la recherche qualitative consiste à actualiser et à joindre différents concepts et catégories empiriques (Ragin & Amoroso, 2011; Gauthier, 2010) qui ressortiront de données sociales amplifiées, plutôt que de produire des statistiques et/ou d'effectuer des prédictions basées sur des modèles, comme il est coutume dans l'approche quantitative.

En ce qui concerne donner une voix à notre sujet, nous croyons qu'il serait déraisonnable de supposer que les membres d'une coopérative de santé forment un groupe de personnes rejetés par la société : on peut donc présager que les membres de ces coopératives et leurs représentants au CA peuvent aisément promouvoir leur coopérative et qu'ils ne manquent pas d'opportunités de le faire. Cependant, selon notre recherche, force est de constater que les médias leur donnent peu la chance d'exprimer une opinion positive à l'égard de ces organisations complémentaires au système de santé. Comme presque tous les sujets d'actualité, il est plus commun d'entendre les commentaires provenant de personnes désenchantées que de la part de celles qui sont satisfaites, ce qui pourrait contribuer à discréditer les services offerts par les coopératives de santé (« La Facture », 2012 ; Girard, 2013). L'approche qualitative permet donc de donner une chance aux gens comblés par leur coopérative de santé de s'exprimer ouvertement sur le sujet (Ragin & Amoroso, 2011) et de

recueillir des témoignages singuliers qui reflètent plus amplement les sentiments des personnes interviewées.

Quant au développement historique des coopératives de santé, l'approche qualitative nous permet d'observer comment celui-ci est lié à plusieurs aspects de la société en empruntant les connaissances découlant de plusieurs sphères académiques, telles que la sociologie, l'anthropologie, l'histoire, la science politique, etc. En effet, cette approche requiert que le chercheur porte une attention particulière aux détails historiques dans le but de construire une nouvelle compréhension d'un phénomène précis (Ragin & Amoroso, 2011). Il se doit par ailleurs d'apprendre « à communiquer de sciences à sciences » (Gauthier, 2010) s'il veut pouvoir explorer le sujet sous plusieurs angles d'analyse. Dans ce mémoire, cet élément de l'approche qualitative nous a permis de recenser des écrits provenant de domaine varié et de nous peindre une meilleure image du portrait des coopératives de santé au Québec et du processus de professionnalisation des médecins dans la province.

2.3. Les outils de collecte de données

Les spécialistes de l'approche qualitative recommandent deux méthodes de collecte de données : l'ethnographie et l'entrevue approfondie. Pour les besoins de cette recherche, nous avons choisi l'entretien semi-dirigé comme outil principal de collecte de données. Nous avons par la suite complété les données recueillies lors de ces entretiens par de l'observation directe. Par cela, nous entendons une observation sans

intervention de la part de la chercheuse lors d'une immersion dans les activités quotidiennes de la coopérative de santé.

2.3.1. *Les entretiens semi-dirigés*

L'entretien semi-dirigé, aussi appelé entrevue semi-dirigée, se distingue par l'interaction verbale entre chercheur et participants qui suit des thèmes de discussion plus ou moins précis et qui évolue en direct selon les propos qui sont tenus par le participant (Gauthier, 2010). La littérature académique est divisée quant au sens de cette interaction. D'un côté, on perçoit l'exercice comme une activité béhavioriste : « le chercheur est vu comme celui qui émet un stimulus, en général sous la forme d'une question, à l'interviewé qui y réagit en retour par la production d'un nouveau stimulus » (Gauthier, 2010). D'un autre côté, c'est l'aspect constructiviste de l'entretien qui est favorisé : « chercheur et participant construisent un « texte », une « narration », constitués d'histoires, empreintes des connotations personnelles, interpersonnelles, sociales et culturelles des individus en présence » (Gauthier, 2010). C'est à cette conception de l'entretien semi-dirigé que nous avons souscrit, puisque notre objectif était principalement de laisser les interviewés illustrer leur réalité au sein de la coopérative de santé par le média de l'expression orale.

En outre, nous avons choisi l'entretien semi-dirigé car il nous permettait de remplir plusieurs objectifs simultanément. Premièrement, ce type d'entretien encourage une relation directe et personnelle avec les participants (Gauthier, 2010). Les rencontres peuvent donc débiter avec une brève présentation du chercheur sur son savoir du sujet

et ce dont il désire discuter avec l'interviewé, établissant ainsi un lien de confiance entre le chercheur et ce dernier. Il est ainsi attendu que le participant soit plus ouvert sur ses pensées, intentions, espoirs, etc., et donc que le chercheur ait un accès privilégié à l'expérience humaine de ce dernier (Gauthier, 2010). Cette relation de proximité mène à notre deuxième objectif, c'est-à-dire la compréhension du monde de l'autre. Par l'entremise de l'entrevue semi-dirigée, le chercheur peut déceler les tensions et contradictions « qui animent un individu à propos du phénomène étudié » (Gauthier, 2010). Il peut de près se mettre à la place du participant et adapter ses questions afin de mettre en lumière certains enjeux qui semblent affecter l'individu plus particulièrement. Finalement, la discussion unique qui sera créée entre le chercheur et l'interviewé peut contribuer à une prise de conscience par ce dernier (Gauthier, 2010). En façonnant sa pensée oralement et en tentant d'être le plus clair possible dans ses propos, l'interviewé entre dans un processus de réflexion et possiblement de transformation de ses pensées. Ce phénomène peut renforcer les croyances du participant, ou même les remettre en question, le motivant davantage à organiser ses idées afin que le chercheur les comprenne adéquatement.

C'est donc la relation sociale de confiance qui ressort des entretiens semi-dirigés qui nous a attiré vers cette méthode de recherche qualitative. Nous voulions en apprendre davantage sur la coopérative de santé, sans limiter les participants dans leurs commentaires et leurs sentiments. De manière plus secondaire, nous espérons aussi que l'activité leur permette de réaffirmer en soi leurs opinions et leurs convictions.

Nous avons eu l'opportunité de rencontrer 11 personnes qui œuvrent au sein de la Coop Santé de la Basse-Lièvre : tous les membres du conseil d'administration (CA), 2 médecins, et 2 employés de l'administration, c'est-à-dire la coordonnatrice et l'administratrice-comptable (voir Tableau 2). Afin de nous conformer aux demandes faites par l'organisation¹, nous avons accepté de maintenir l'anonymat des participants de notre recherche, ce qui nous empêche de révéler ici le nom de ces personnes. Initialement, nous avons approché le CA dans l'objectif d'obtenir l'approbation de ses membres au projet. Par la suite, une lettre d'invitation formelle, rédigée par la chercheure, a été envoyée à tous les médecins, membres du personnel administratifs et membres du CA. Ceux qui se sont manifestés pour participer au projet ont contacté directement la chercheure pour prendre un rendez-vous avec elle. Les entretiens se sont déroulés en majorité à l'extérieur de la clinique, là où les participants ne pouvaient se croiser par accident. Certains entretiens ont eu lieu dans un bureau fermé de la clinique, à la demande des participants. En somme, tous les moyens possibles ont été pris pour conserver l'anonymat des participants.

Trois guides d'entretien ont été élaborés selon l'occupation du participant à la Coop : membre du CA, médecin, employé. Tous les guides étaient segmentés par les mêmes thèmes, c'est-à-dire le profil du participant, la dimension de la gouvernance, et la dimension de la transformation (voir Annexe I). Cette segmentation par rôle et par sujet de discussion a été inspirée d'un travail de recherche universitaire sur les SCIC –

¹ La chercheure principale s'est entendue avec le président de l'époque que la participation serait entièrement volontaire et anonyme, afin qu'aucune pression à participer à l'étude ne soit ressenti de la part des membres du CA et employés de la Cop.

société coopérative d'intérêt collectif – en France dans lequel prend part la superviseuse de ce mémoire. Chaque segment de l'entrevue avait un but plus ou moins précis, l'objectif général de ces entretiens étant de récolter de l'information variée. Nous qualifions ainsi ces entretiens d'exploratoire, puisqu'au moment des rencontres nous ne pouvions savoir précisément quelle dimension de notre question de départ et quel sujet plus précis seraient abordés par les participants. La première dimension des entretiens est le profil du participant, laquelle comporte des questions sur leur passé professionnel et militant, leur rôle dans la Coop, la motivation à s'y joindre ou à participer à sa création, et ainsi de suite. Ces questions sont semblables entre toutes les variations du guide que nous avons développées. Les questions pour la dimension de la gouvernance, quant à elles, portent sur les moyens de gestion employés dans la Coop et de l'implication des différentes parties-prenantes dans les prises de décisions. Cette partie constitue la plus extensive du guide d'entretien des membres du CA, puisque nous cherchions à évaluer, à ce moment, comment ces derniers vivent la prise de décision entre eux : en quelque sorte, est-ce que la prise des décisions en coopérative est innovante comparativement au secteur traditionnel? En ce qui concerne les médecins et les employés, cette section du guide couvre plutôt leur rôle comme partie-prenante dans la coopérative ainsi que leurs relations professionnelles entre eux. Finalement, la dimension de la transformation comporte des questions sur les objectifs de développement futurs de la Coop ainsi que les objectifs personnels des participants au sein de la Coop. Une fois de plus, les questions de cette section se présentent pareillement dans tous les guides d'entretien. Nous avons demandé aux

participants, par exemple, quel était selon eux le rôle de la coopérative dans la communauté et quels étaient les objectifs de développement de l'organisation. En toute fin, si nous percevions que le membre du CA ou le médecin voudrait discuter d'un sujet plus abstrait, nous leur demandions s'il y avait une visée transformationnelle au sein de la Coop et comment ils allaient s'y prendre pour l'atteindre.

2.3.2. L'observation directe

Les entretiens semi-dirigés nous ont permis de mieux comprendre comment les différents acteurs qui travaillent avec et pour la Coop Santé de la Basse-Lièvre vivent leur expérience individuelle. De toute évidence, les personnes qui ont été interviewées possèdent cependant des biais relatifs à leurs vécus personnels, lesquels peuvent déformer la réalité. Nous avons donc décidé de bonifier les entrevues avec l'observation directe d'une réunion du conseil d'administration, afin de confirmer ou d'infirmer ce que l'on nous avait dit.

Afin de ne pas limiter nos observations, nous avons développé une liste d'éléments à considérer (voir Annexe II), tel que les interactions entre les membres du CA, la présence ou non d'une hiérarchie, et les sujets les plus discutés ainsi que ceux les moins abordés. Ce guide d'observation servait de rappel à ce qui nous intéressait à analyser plutôt que d'être une grille d'observation stricte qui aurait pu restreindre notre prise de notes.

Les définitions de la méthode de l'observation directe proviennent initialement des domaines de l'anthropologie et de la sociologie, et bien que le sens principal du terme soit généralement accepté par les chercheurs, l'objectif même de cette méthode diffère d'une école à une autre (Laperrière, 2010). Essentiellement, « l'observation directe consiste à être le témoin des comportements sociaux d'individus ou de groupes dans les lieux mêmes de leurs activités ou de leurs résidences, sans en modifier le déroulement ordinaire » (Peretz, 1998). Quant à l'objectif de cette méthode, certains avancent que la description livrée par le chercheur doit demeurer objective, alors que d'autres soutiennent que cela relève de l'impossible puisque le chercheur possède également des biais qui influenceront sa collecte de données lors d'une observation directe. Dès lors, le but de cet outil de collecte de données consiste à décrire une situation et une culture de groupe du point de vue de l'observant (Spradley, 1980). Nous adhérons plutôt à la seconde école de pensée, ce qui signifie que nous acceptons et reconnaissons que les données que nous avons recueillies lors de l'observation directe de la réunion du conseil d'administration se voient teintées par les connaissances et opinions de la chercheuse ; les mesures qui ont été prises afin que cette partialité soit réduite le plus possible seront discutées plus tard.

Le compte rendu de l'observation de la réunion a été effectué en deux temps. Premièrement, la chercheuse a pris des notes cursives et synthétiques sur le vif durant la réunion à propos de ses constatations (Laperrière, 2010). Ce ne sont pas seulement les discours tenus qui ont été notés, mais aussi les comportements des participants, leurs réactions et l'ambiance qui régnait dans la pièce. La chercheuse a interagi une

seule fois au cours de la réunion, au moment de présenter son projet de recherche et ses objectifs. Autrement, la chercheuse était un observateur silencieux. En deuxième temps, la chercheuse a détaillé les notes rapides qu'elle avait prises lors de la réunion. Ce compte rendu plus développé a servi à décrire le plus fidèlement possible les événements qui se sont enchaînés et à éviter que des interprétations personnelles viennent brouiller notre jugement (Laperrière, 2010).

Cette technique de prises de notes figure comme une première stratégie de validation des données recueillies. En minimisant ainsi l'opinion de la chercheuse, nous croyons que les observations qui ont été faites se collaient davantage à la réalité de la situation – laquelle nous considérons toutefois partielle. Par ailleurs, nous tenons à préciser que nous ne croyons pas en une réalité objective : la réalité d'une situation est construite autant par les acteurs qui y jouent un rôle que par les observateurs. Par conséquent, nous reconnaissons que les notes d'observation que la chercheuse a transcrites et l'analyse dont nous en ferons ne peuvent être impartiales et sont uniques à notre projet de recherche.

Une seconde stratégie de validation des données recueillies consistait à effectuer l'observation avant de commencer les entretiens semi-dirigés. De cette manière, nous pouvions réduire l'interdépendance entre l'observatrice et les observés, ce qui aurait pu influencer les perceptions et positions de la chercheuse (Laperrière, 2010). Puisque personne n'avait été rencontré avant la réunion du conseil d'administration, il n'existait aucune relation privilégiée entre la chercheuse et certains participants.

Semblablement, il était plus facile pour la chercheuse de se fondre au décor et d'avoir sa présence ignorée par les participants.

Finalement, tout le long de son observation, la chercheuse a veillé à contrôler l'élan de ses opinions lorsqu'elle prenait des notes pour éviter d'inclure des opinions quant à ses observations dans son étude. Cette prise de conscience, bien qu'elle demeure impossible à réprimer parfaitement, a toutefois contribué à réduire les biais de la chercheuse envers les comportements et réactions des participants.

2.4. L'analyse des résultats

Dès le début de notre recherche, nous voulions éviter de s'engager dans une analyse restreinte de nos données recueillies durant les entretiens semi-dirigés et de l'observation directe. L'analyse thématique nous semblait par conséquent la plus appropriée et adéquate pour nos objectifs de recherche, parce que « ce qu'on appelle thème dans l'analyse classique ou représentation sociale dans la terminologie d'aujourd'hui ne peut être délimité suivant un contour précis, comme le seraient des objets matériels, mais par un noyau central de notions » (Vergès, 1984). Par ailleurs, « la conception de cette méthode envisage de considérer les textes comme des objets qui peuvent être saisis et analysés essentiellement comme s'ils avaient les mêmes caractéristiques que les objets matériels » (Sabourin, 2010). L'utilisation d'un noyau central de notions nous fait ainsi profiter d'une liberté d'analyse, sans pour autant amoindrir la rigueur d'une recherche traditionnelle systématique. En conséquence,

nous avons analysé les verbatim des entretiens semi-dirigés et le compte-rendu de l'observation directe par l'analyse thématique du discours.

Il est de notre opinion que les commentaires qui ont été émis en entrevue et en réunion du CA reflètent les opinions et les perspectives propres aux acteurs interviewés. Tous les participants rencontrés ont été interviewés à l'aide d'un guide d'entretien, mais nous pouvons supposer que chacun n'a pu percevoir les questions de manière égale, rendant uniques les thèmes dominants de chaque rencontre. Chaque verbatim aurait également pu être analysé par un programme d'analyse linguistique afin de faire ressortir les mots les plus cités, mais nous ne croyons pas que cette méthode d'analyse aurait contribué à répondre à notre question de recherche. En outre, notre quantité limitée d'entrevues nous permet de faire le même dépistage manuellement. Nous avons donc choisi d'analyser nos documents en collectif pour leur contenu informatif (Sabourin, 2010), plutôt que pour leur création de sens. Puis, lorsque nous avons constaté que notre question de départ ne pouvait être répondue, nous nous sommes demandés : quel(s) thème(s) ressort(ent) de ces rencontres et de notre observation? Notre question de recherche actuelle s'est donc formée suite à notre recherche sur le terrain : *en quoi les coopératives de santé proposent-elles un nouveau cadre de professionnalisation aux médecins du Québec?* Par la suite, nous avons réexaminé nos documents de collecte de données sous un nouvel angle afin de tenter de répondre à cette question de recherche. Nous avons subséquemment divisé nos résultats de recherche en trois dimensions, selon la grille d'analyse développée ci-haut : le travail, la formation, la réflexion du professionnel sur ses activités.

2.5. Difficultés rencontrées

Toute recherche scientifique reste proie à des difficultés et des obstacles. Certains ont été énoncés ci-haut, telle que notre remise en question suite à l'évaluation des données recueillies sur le terrain. Cette section énumère donc les obstacles imprévus que nous avons rencontrés et conclut la première partie de ce chapitre sur la méthodologie.

La première difficulté que nous avons rencontrée concerne la quantité d'entretiens semi-dirigés. Initialement, nous avons prévu de discuter avec une vingtaine de participants en l'espace d'un mois. À ce moment, notre objectif était de rencontrer tous les membres du CA, cinq médecins et cinq secrétaires médicales. Toutefois, nous n'avons pas atteint cet objectif. Au cours de notre mois de recherche sur le terrain, nous avons été informés que la plupart des médecins n'étaient pas au courant de notre projet de recherche, malgré les nombreux courriels envoyés pour les en informer. D'autres médecins nous ont simplement signalé que leur horaire ne leur permettait pas de participer à notre recherche. Quant aux secrétaires médicales, nous avons été avisés qu'elles étaient toutes au courant de notre recherche, mais qu'aucune n'était intéressée à nous rencontrer. On ne nous a cependant pas partagé les raisons de ce choix. Puisque les principes de l'éthique en recherche dictent que nous ne pouvons forcer aucun acteur à participer, nous nous en sommes tenus aux entretiens semi-dirigés avec les participants qui se sont portés volontaires. Finalement, lorsque notre attention s'est portée vers notre question de recherche, nous avons entrepris de recontacter les participants initiaux afin de recueillir davantage de données. Malgré notre effort, nous

n'avons reçu aucune réponse de leur part, nous obligeant à nous en tenir aux verbatim originaux.

Le deuxième obstacle qui ne pouvait être surmonté était le statut de chercheur. Les participants étaient évidemment conscients que cette dernière les étudiait avec le regard d'une chercheuse, forgeant ainsi une relation initiale plus formelle et distante entre ceux-ci. Ceci est vrai pour toute recherche de type qualitative et où l'identité du chercheur est connue. La seule stratégie que nous avons pu envisager est l'utilisation de questions en début d'entretien qui avaient pour but de tisser des liens de confiance avec le participant, mais il est impossible de déterminer précisément si cette stratégie a porté fruit.

Finalement, nous avons mentionné brièvement ci-haut que la recherche sociale et l'observation directe impliquent la co-construction de la réalité par les participants et le chercheur, ce qui signifie que la description d'une réalité objective est irréalisable. Au final, le chercheur décrit toujours sa propre expérience d'observation, et même s'il tente de neutraliser cet enjeu en se mettant à la place des participants, il finira tout de même par décrire sa propre perception de leur expérience. Nous avons donc décidé de reconnaître que l'analyse qui s'ensuivra ne peut être entièrement objective, puisque les données recueillies ne peuvent également l'être. Cependant, cela ne signifie en rien qu'elle est moins pertinente ou utile à la recherche sur le sujet des coopératives de santé et de la professionnalisation de la médecine.

2.6. Présentation du terrain de recherche

La méthodologie de notre recherche ayant été décrite ci-haut, nous concluons maintenant ce chapitre avec une description du lieu de notre étude de cas. Tout d'abord, nous discutons l'histoire de la Coop Santé de la Basse-Lièvre. Nous abordons par la suite la composition et l'organisation du conseil d'administration, de le GMF (Groupe médecine familiale) et du personnel de soutien. Cette présentation du terrain mène ensuite au chapitre de nos résultats.

2.6.1. L'histoire de la Coop Santé de la Basse-Lièvre

En 2010, le secteur municipal de Buckingham – situé dans la vallée de la Basse-Lièvre – de la Ville de Gatineau, où résident 23 500 habitants, s'est vu perdre cinq médecins pour diverses raisons – retraite, maladie, etc. Pour les trois médecins-proprétaires d'une clinique au centre-ville, cette perte d'effectif médical indiquait un problème sociétal d'actualité, puisque ces derniers songeaient pareillement à leur retraite. Toutefois, ces médecins ne pouvaient concevoir de fermer les portes de leur clinique et laisser leurs patients à leur propre sort. Puisqu'aucun intérêt ne se manifestait de la part de jeunes médecins à reprendre la clinique, les médecins-proprétaires se sont renseignés sur les alternatives existantes et ont découvert ainsi le modèle de la coopérative de santé. En fin 2010, un des médecins-proprétaires formait un comité provisoire avec des citoyens-clefs de Buckingham, qui ensemble exploreraient la viabilité de cette option. En fin 2011, le conseil d'administration était formellement assemblé et le 1^e août 2012, la Coop Santé de la Basse-Lièvre avait officiellement

repris en charge la clinique médicale de Buckingham. Sans surprise, le recrutement de membres constituait l'objectif principal durant la première année d'activité, mais s'ensuivaient le transfert des effectifs de gestion par le conseil d'administration et la collecte de dons afin d'effectuer des améliorations aux locaux. Ce n'est qu'en 2014 que les plus grands changements physiques se sont tenus, menant à l'agrandissement de la clinique. Les travaux ont ajouté quatorze salles à la clinique – pour un total de trente salles, dont une est réservée aux chirurgies mineures. Incontestablement, ces nouvelles salles ont permis à la Coop de recruter de nouveaux médecins et d'augmenter leurs effectifs. En effet, depuis leur prise en charge à la fin 2012, plus d'une dizaine de médecins et de professionnels de la santé – infirmières, massothérapeutes, psychologues – s'est jointe à l'équipe. En fin 2016, la Coop comptait dix-neuf médecins, une infirmière praticienne spécialisée, une nutritionniste, une massothérapeute, deux psychologues, une travailleuse social, une pharmacienne, un service d'audioprothésiste et un autre d'orthèses du pied.

2.6.2. Le CA

Le conseil d'administration de la Coop Santé de la Basse-Lièvre est composé de 7 membres-utilisateurs et 2 membres-travailleurs (médecins) qui se rencontrent bénévolement aux six à huit semaines – aucun membre de soutien ne fait officiellement partie du CA, mais la coordonnatrice participe à toutes réunions et l'administratrice-comptable se présente lorsque la réunion traite des livres comptables. Un comité exécutif (CE) a également été mis en place afin d'augmenter l'efficacité

des réunions du CA. Celui-ci est constitué du président, du vice-président, du trésorier et du secrétaire et ces membres se rencontrent au quatre à six semaines, entre les réunions du CA.

Tableau 1 : composition du conseil d'administration

Type de membre	Fonction au CA	Domaine professionnel	Nb d'années sur le CA
Utilisateur	Président	Ingénieur et gestionnaire	5 ans
Utilisateur	Vice-président	Ingénieur et gestionnaire	5 ans
Utilisateur	Secrétaire	Travail social	4 ans
Utilisateur	Trésorier	Finances	3 mois
Utilisateur	Directeur	Administration dans le domaine de la santé	5 ans
Utilisateur	Directeur	Ingénieur et gestionnaire	3 mois
Utilisateur	Directeur	Soins infirmiers	4 ans
Travailleur	Directeur	Médecine	5 ans
Travailleur	Directeur	Médecine	5 ans

Au cours de ces réunions, certaines questions spécifiques sont soulevées par un ou plusieurs administrateurs, mais l'ordre du jour est toujours identique d'une rencontre à l'autre : on ouvre avec la lecture de l'ordre du jour, du procès-verbal de la dernière rencontre et de l'inclusion de nouveaux membres-utilisateurs – ou de l'exclusion de membres-utilisateurs, puis sont abordés le rapport du CE, les états financiers, le rapport du coordonnateur sur les statistiques de performance et le rapport des médecins. La réunion se termine avec un sujet qui varie, mais qui correspond souvent aux derniers développements qui ont eu lieu dans la Coop, telle que la question de l'agrandissement ou de la mise en place de politiques et procédures. Le conseil

d'administration organise aussi annuellement une assemblée générale à laquelle tous les membres peuvent assister, et au cours de laquelle les membres élisent de nouveaux administrateurs au CA. Le comité exécutif, quant à lui, est annuellement remis en élection à l'intérieur du CA.

2.6.3. Le GMF et les employés de soutien

La Coop Santé de la Basse-Lièvre fait partie d'un réseau de groupe médecine familiale qui inclut également trois autres cliniques de la région : la Polyclinique de Buckingham, et deux cliniques à Thurso et Masson-Angers. L'avantage de travailler en réseau s'avère que « Chaque médecin s'occupe de ses propres patients, qui sont inscrits auprès de lui, mais tous les médecins membres du GMF ont accès à l'ensemble des dossiers médicaux. Ainsi, une personne qui se présente pour une consultation sans rendez-vous peut être vue par un autre médecin que le sien » (Groupe de médecine de famille, 2016). Il est à noter que les médecins de ce GMF voient aussi des patients orphelins ou dont le médecin ne pratique pas dans le GMF. En outre de cette centralisation des dossiers médicaux, certains médecins doivent compléter leurs quarts de travail réguliers dans leurs cliniques respectives et réaliser leurs quarts de travail pour les sans-rendez-vous – offerts de jour comme de soir, semaine et fin de semaine – dans la clinique de la Coop Santé. À noter que ce sont les règlements et les ordonnances du gouvernement provincial déterminent les médecins qui doivent compléter des heures de « sans rendez-vous » (Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, 2016). Auparavant, les services de « sans rendez-vous » se

donnaient dans les différentes cliniques et selon un horaire préétabli, ce qui obligeait les médecins et les patients à se déplacer vers une clinique différente chaque semaine. Maintenant, ce GMF a décidé d'un commun accord que les plages-horaires pour ces types de rendez-vous seraient toutes à la Coop car elle possède le plus grand nombre de salles, comparativement aux trois autres cliniques. Quant aux employés de soutien de la Coop Santé, ils incluent la coordonnatrice, l'administratrice-comptable et les secrétaires médicales. Comme son titre l'indique, la coordonnatrice s'occupe de la planification des opérations quotidiennes de la Coop : les horaires des secrétaires médicales et la gestion du personnel, l'inclusion et l'exclusion de membres, les réponses aux courriels des membres, la transmission des commandes de matériel, la gestion des demandes des médecins, entre autres. Elle représente aussi les secrétaires médicales aux réunions du CA, auxquelles elle assiste comme membre de soutien et non pas comme membre élu. Bien qu'elle ne détienne aucun droit de vote, elle est présente pour discuter du fonctionnement opérationnel de la clinique et de ses activités.

La tenue de livres et l'émission des états financiers, eux, sont réalisées par l'administratrice-comptable du GMF qui travaille quatre jours par semaine à la Coop. Cette dernière se charge également de close l'année fiscale, assistée par le trésorier du CA. La planification budgétaire de la Coop ne relève pas de ses fonctions : elle ne doit que produire et transmettre les états financiers aux CA.

Finally, the medical secretaries take care of the organizational needs of the doctors : they take the appointments, sort and file the patient files physically as needed, respond to patient requests, among others. Each one takes care of one to four doctors, and this is based on the workload associated with these doctors. Recently, in September 2016, a new employee was hired to ensure the administrative support of the Coop, as two new doctors joined the team.

3. Chapitre 3 : Se professionnaliser différemment par le travail, la formation, et la réflexion sur son activité

Le développement de la Coop de la Basse-Lièvre semble se poursuivre positivement aux dires de son CA, ce qui s'avère une bonne nouvelle pour celle-ci, alors qu'elle représente la troisième coopérative de santé à ouvrir dans la région depuis le début des années 2000, mais la seule à demeurer toujours en opération. Il est à noter que malgré que ce mémoire ne porte pas directement sur les raisons du succès de cette coopérative de santé, il est possible que nos observations puissent le justifier.

D'après notre recension des écrits ainsi que notre visite d'une coopérative de santé, une lacune semble exister dans la recherche concernant les coopératives de santé et leur influence sur le processus de la professionnalisation des médecins au Québec. En effet, les travaux académiques récents abordent le rôle des coopératives de santé au sein des communautés ou leur impact sur les conditions de travail des médecins, sans néanmoins étudier l'incidence de leur modèle de gestion sur les médecins en tant que professionnels. Tel qu'invoqué en fin de premier chapitre, nous avons donc décidé de porter notre question de recherche sur le sujet. Le second chapitre de ce mémoire a donc présenté notre méthodologie de recherche ainsi que notre terrain de recherche.

Par conséquent, la dernière section de ce mémoire présente nos résultats de recherche. Une courte discussion à propos de ceux-ci s'ensuivra. En première partie, nous présentons des extraits des verbatim de nos entrevues conformément aux dimensions de notre grille d'analyse présentée en fin de premier chapitre et toujours selon le

niveau d'activité meso du processus de professionnalisation. Dès lors, cette première section de chapitre est segmentée en tiers selon les dispositifs institutionnels de formation, du travail et de la réflexion du sujet sur son activité. Combinées, ces dimensions d'analyse nous permettront de nous pencher sur notre question de recherche : *en quoi les coopératives de santé proposent-elles un nouveau cadre de professionnalisation aux médecins du Québec?*

3.1. Présentation des résultats

3.1.1. Le travail

Bien que seulement deux médecins aient accepté de nous rencontrer, le sujet du travail de ces derniers était un thème qui revenait souvent en entrevue avec tous les participants. Lorsque nous avons demandé au président du CA de nous raconter l'histoire de la Coop Santé de la Basse-Lièvre, la question du mode de travail des médecins ouvrait la discussion:

« On voit une tendance dans la province qui est les jeunes médecins gradués veulent pratiquer la médecine, mais ne veulent pas administrer une clinique pour la majorité. Ils ne veulent pas la responsabilité de gérer des employés, d'acheter de l'équipement, de devoir choisir quand prendre leurs vacances, et les femmes qui un jour pensent avoir des enfants, ne veulent pas avoir le fardeau d'être en congé de maternité et de devoir administrer leur clinique. » (Président du CA)

Ses propos étaient largement soutenus par ses collègues, qui les exprimaient souvent lorsque nous leur demandions comment ils envisageaient le futur de la coopérative. Pour sa part, la coordonnatrice a souligné que

« la seule chose que [le médecin] ait à faire c'est d'amener son petit bonheur et commencer à travailler. Il ne s'occupe pas du personnel, il ne s'occupe pas du téléphone, pas de facture d'internet, il n'a aucune gestion d'employé à faire. [Le médecin] entre, son bureau est là, la secrétaire est là, et il sert ses patients. »

Elle ajoute également que

« Le médecin en clinique qui a besoin de faire de l'administration ou de rencontrer un employé pour n'importe quelle raison doit bloquer des plages horaires pour faire ça. Alors c'est sûr que plus de patients peuvent être vus avec la Coop parce que des journées entières n'ont pas besoin d'être fermées pour faire de l'administration. Les médecins ont fait des études en médecine pour en faire, pas pour faire de l'administration. » (Coordo)

Au moment de cette même question sur sa vision de la Coop, un membre du CA a, quant à lui, évoqué que « on est connu, on a un nom, on est reconnu aussi et de plus en plus de professionnels souhaitent venir travailler chez nous. » Puis, un autre membre du CA a exprimé qu'elle croit que la Coop attire beaucoup de médecins car « elle fonctionne très bien et elle est très accueillante. » L'administratrice-comptable, elle, considère que « Les médecins semblent heureux, donc moi je pense que [la coopérative] est appelée à rester. »

Vraisemblablement, il semblerait que les médecins sont satisfaits des conditions de travail que leur offre la coopérative. Ces derniers l'ont confirmé lors de leur entretien avec notre chercheuse. Lorsque nous avons demandé à la plus jeune des deux pourquoi elle n'avait pas voulu reprendre la clinique telle quelle avant la transition vers la coopérative, elle nous a répondu que

« C'était vraiment un question administrative. C'est beaucoup de temps au niveau administratif et gestion. Ce n'est pas un de mes atouts de gérer la finance et tout ça.

J'ai été formée en médecine, je n'ai pas été formée en finance, je n'ai pas un MBA. Je préférerais plutôt aller vers une option où on est un regroupement de personnes et on est capable d'avoir des personnes qui peuvent nous aider au niveau de l'administration. » (Médecin)

Le médecin senior a confirmé que les médecins ne touchent pas à un seul aspect de la gestion de la coopérative en tant que professionnel de la santé : « Ils pratiquent la médecine uniquement. S'ils ont des questions ou des inquiétudes, ils vont voir les médecins qui siègent sur le CA ou la coordonnatrice. »

Ce médecin a par ailleurs évoqué un autre aspect de la dimension du travail qui est souvent revenu lors de nos entretiens avec les participants non-médecins, en l'occurrence la question de la responsabilité financière des médecins. À la question, *quelles différences voyez-vous entre votre travail à la Coop et celui qui précédait en clinique*, il nous a répondu :

« Aucune ; être médecin c'est être médecin. C'est juste qu'en Coop, le médecin n'a pas de fardeau financier. La Coop a agrandi ses locaux et on [la Coop] peut s'engager pendant longtemps, alors qu'un médecin en fin de carrière n'ira pas agrandir à grands coûts dans l'espoir que d'autres médecins viennent se joindre à lui et racheter la clinique s'il part en retraite. »

C'est également ce que nous avait dit l'autre médecin, que « Les jeunes ne veulent pas le fardeau financier d'une clinique. » D'autres participants étaient plus précis dans leur explication de cet aspect du travail, évoquant le matériel physique et les locaux mis à disposition des médecins :

« Le but de la Coop c'est d'aider les médecins à rester dans les cliniques, sinon beaucoup de médecins iraient juste à l'hôpital, je crois. Ça coûte cher en sous et en

temps de faire l'administration d'une clinique. C'était aussi le but initial de la Coop, de décharger les médecins de tout cela. » (Membre du CA)

Ainsi que

« Avec ces nouvelles salles et son nouvel équipement, on peut dire à un médecin graduant : tu auras une salle neuve avec de l'équipement neuf [et] on a même une petite salle de chirurgie. » (Membre du CA)

Il est important de noter que certains compromis en respect à l'aspect financier du travail sont non-négociables pour la Coop, entres autres la question du loyer payé par les médecins. Effectivement, à la Coop, « on n'accote pas les offres des autres cliniques, les frais sont les même pour tous les médecins de la Coop. Je [la médecin-recruteure] ne négocierai pas un loyer avec un médecin potentiel. »

Un troisième aspect de la dimension du travail qui s'est manifesté dans presque tous les entretiens que nous avons menés est celui de l'importance de la communication, quelle soit planifiée ou spontanée. Par planifiée, nous évoquons les réunions et les rencontres entre les différentes parties-prenantes de la Coop, alors que la communication spontanée provient plutôt des conversations quotidiennes entre ces derniers. Selon les participants de notre recherche, les mesures entreprises pour assurer la saine communication à la Coop la distinguent des autres tentatives de coopérative dans la région. En ce qui concerne la communication planifiée, nous entendons par cela les mécanismes d'échanges mis en place pour assurer le partage d'informations entre les médecins et les membres du CA. Le président nous a expliqué que

« Les médecins ont deux représentants sur le CA et ils sont choisis par l'équipe de médecins, un de grande expérience et une autre plus jeune, alors on a les deux

génération, et ils sont très impliqués dans le GMF. [...] Ça nous donne [au CA] accès à de l'information privilégiée et à ce que les médecins pensent. »

Les médecins croient également à la nécessité d'un échange ponctuel d'information et d'opinions entre le CA et eux-même. En effet, un des médecins a souligné l'importance que ses collègues soient représentés au CA en invoquant les exemples des coopératives d'Aylmer et de Gatineau qui ont fermé après quelques années de service :

« Si on n'a pas de bonnes communications entre les deux groupes et qu'on n'arrive pas à faire un bon travail d'équipe, ça ne mènera à rien. Je regarde ce qui s'est passé dans les coop d'Aylmer et Gatineau et malheureusement elles ont fermé. De là, je pense que c'est important qu'il y ait un médecin sur le CA pour faire l'intermédiaire entre le CA et les médecins qui sont sur le plancher. »

Son collègue médecin nous a pareillement informé que les médecins de la Coop se rencontrent exclusivement entre eux six fois par année pour discuter de leurs besoins et des enjeux qu'ils voudraient présenter au CA de la Coop. En agissant ainsi, ils s'attendent à ce que leurs collègues médecins se sentent écoutés et deviennent des parties-prenantes de la Coop Santé de la Basse-Lièvre.

Par ailleurs, à la lecture des verbatim, il apparaît que la communication spontanée occupe une place assez importante au sein de la Coop. Tous les participants sans exception concédaient que la relation professionnelle entre les médecins et le reste de l'équipe se porte à merveille. Tous les membres du CA ont partagé que cette excellente relation perdure grâce à leur coordonnatrice. Bien que plusieurs bribes de conversation

de chaque entrevue soutiennent ce point, un seul commentaire résume adéquatement ce que les membres du CA nous ont partagé :

« La communication se fait très bien entre les employés et les membres du CA. On est très très chanceux d'avoir une femme comme [notre] coordonnatrice. Ça c'est le noyau d'une bonne gestion. Les médecins et les secrétaires ont beaucoup confiance en elle. » (Membre du CA)

Pour sa part, la coordonnatrice soutient que les médecins et le CA s'entendent

« tous aussi bien parce qu'on le voit vraiment comme un grand travail d'équipe, et pas juste entre les médecins, mais avec les infirmières et les secrétaires aussi. [...] Tout le monde est là pour travailler vers le même objectif, dans le même esprit. »

Effectivement, l'esprit d'équipe est indispensable au bon fonctionnement de la clinique. Nous le constatons du fait que la coordonnatrice travaille en parallèle avec la médecin chargée du recrutement afin de rajouter de nouveaux médecins à l'équipe :

« C'est [la médecin-recruteure] qui s'occupe du recrutement des médecins mais j'y ai participé la première fois à Montréal. J'aurais un droit de veto sur un médecin si je voyais qu'il ne « fit » pas ici. C'est déjà arrivé. On a eu une médecin qui est restée un an, elle l'a vu elle-même, on l'a vu aussi. » (Coordonnatrice)

Et ce ne sont pas tous les médecins qui voudraient pratiquer dans cette Coop. La médecin qui veille au recrutement l'avoue, « si un médecin préfère aller dans une autre clinique, c'est correct aussi, peut-être qu'ils vont mieux aimer l'ambiance ou l'endroit de cette autre clinique. » Pour les médecins de la Coop, la priorité demeure le projet commun qui est le service à la clientèle (Médecin) et donc le travail d'équipe :

« Tous les médecins s'entraident ici, s'il y en a un qui doit partir pour une urgence, on va couvrir ses patients et ses heures. Même chose pour les vacances. Je pense que l'on s'entend tous aussi bien parce qu'on le voit vraiment comme un grand

travail d'équipe et par juste entre les médecins, mais avec les infirmières et les secrétaires aussi. » (Médecin)

3.1.2. La formation

Contrairement à la dimension travail, la dimension formation est moins observable à travers les verbatim. Premièrement, nous n'avons pas directement abordé le sujet, puisque notre question de recherche initiale ne portait pas sur le cadre de professionnalisation des médecins. Nous avons tenté alors de recontacter les participants suite à notre changement de question de recherche, afin de les sonder sur le sujet, mais en vain ; nos courriels sont restés sans réponse. Deuxièmement, c'est l'apprentissage informel qui forment les médecins en milieu de travail (Roquet, 2012 ; Zarifian 1992), plutôt que l'apprentissage formel en salle de cours, ce qui rend l'observation d'éléments de formation plus difficile pour nos participants qui le vivent à l'interne de la Coop. Tel que nous l'avons expliqué en premier chapitre, cette dimension touche particulièrement le contexte institutionnel : plus les possibilités d'apprentissages sont variées, plus elles influenceront la professionnalisation.

Le retour d'expérience décrit par Wittorski nous a poussé à nous pencher sur les années d'expérience du corps médical de la Coop. Alors que l'âge des médecins qui pratiquent à la Coop oscille entre 26 et 73 ans, leurs années de pratique médicale se situent entre 2 et 47 ans. Le tableau 1 présente les données recueillies sur le sujet.

Tableau 2 - Âge et expérience des médecins

Âge du médecin	Nb d'années de pratique médicale
26 ans	2 ans
28 ans	1 an
28 ans	2 ans
29 ans	3 mois
29 ans	2 ans
33 ans	4 ans
35 ans	9 ans
39 ans	8 ans
39 ans	10 ans
41 ans	15 ans
48 ans	2 ans
49 ans	17 ans
51 ans	19 ans
52 ans	16 ans
52 ans	4 ans
53 ans	5 ans
60 ans	25 ans
69 ans	41 ans
73 ans	47 ans

Sur le sujet, le président du CA nous a souligné que « Les médecins ont deux représentants sur le CA et ils sont choisis par l'équipe de médecins, un de grande expérience et une autre plus jeune, alors on a les deux générations. »

Cet aspect de l'âge et de la maturité du professionnel se joint aussi à l'autoformation accompagnée et aux situations de travail accompagnées, lesquels font partie de la

dimension formation du niveau meso du processus de professionnalisation. Au cours de nos entretiens, les membres du CA ont suggéré que les jeunes médecins en quête d'un lieu de pratique pourrait être inspirés par celui-ci :

« Le médecin qui veut venir travailler chez nous, s'il est jeune, il veut savoir qu'il y aura des médecins plus expérimentés qui peuvent le parrainer, qu'il de bons services, qu'il est à proximité d'un hôpital. » (Membre du CA)

D'un autre côté se trouve aussi les situations en partage de pratiques, c'est-à-dire les circonstances où les professionnels échangent et s'informent de leurs pratiques. Le sens du travail d'équipe qui crée une quasi famille au sein de la Coop a déjà été abordé dans la section sur la dimension travail, mais elle demeure pertinente pour la dimension formation. Comme dans toutes les familles, chacun amène son grain de sel et sa contribution. La coordonnatrice a souligné qu'il y a « des médecins qui sont plus bouffons, d'autres plus sérieux, alors ça fait une belle équilibre », tandis qu'un des médecins a mentionné que

« ...on a des visions différentes (parlant d'un autre médecin plus âgé). Oui il y a des idées qui convergent, comme il y en a qui ne le sont pas. La part des deux méthodes de travail fait qu'on peut avoir une amélioration d'un peu tout. »

En fin d'entrevue, cette dernière a également rajouté que

« C'est bon d'avoir différentes approches, différentes vues, pour qu'on puisse faire un *brainstorming* et décider comment régler une problématique. Des fois ce n'est pas une problématique, ce sont des choses à améliorer. »

Finalement, l'ensemble de ces aspects est mis de l'avant par la présence de professionnels non-médecins au sein de la Coop, qu'ils soient des infirmiers-ères, des travailleurs sociaux, des nutritionnistes, ou des psychologues. Selon le président du

CA, ces professions médicales alternatives « vont compléter le service. » En outre, pour les médecins, elles sont une seconde source de connaissances et de pratiques, et donc de services de soins de santé : « C'est clair que je promeus les saines habitudes de vie, mais selon le problème qu'a le patient, je vais peut-être l'envoyer voir un physiothérapeute ou encore un massothérapeute. » (Médecin)

La dimension de la formation au sein de la Coop Santé de la Basse-Lièvre se présente donc lorsque nous mettons en lumière les aspects plus informels de l'apprentissage, en l'occurrence les retours d'expérience, l'autoformation accompagnée, les situations de travail accompagnées et les situations en partage de pratiques.

3.1.3. La réflexion du sujet sur son activité

Tout comme les exemples d'expression de la dimension formation, celle de la réflexion est en soi plutôt difficile à faire ressortir des verbatim, surtout si l'on recherche de longues citations. Cependant, nous réussissons tout de même à observer ce processus de réflexion à travers quelques citations, mais également via l'observation directe de la chercheuse.

Les médecins qui siègent au CA vivent une expérience particulière, comparativement à leurs pairs, car leur processus de réflexion sur leur activité professionnelle est influencée par des nécessités administratives et par le développement des affaires de la Coop. Le médecin senior qui siège au CA est également le président du GMF. Son travail dans ces groupes se résume « à sensibiliser les gens qui ne sont pas médecins et qui ne peuvent pas comprendre comme ça se passe sur le terrain » (Médecin). Il doit

ainsi articuler les besoins et demandes de ses collègues médecins à une audience qui est particulièrement préoccupée par des obligations administratives. Naît de la sorte un espace de réflexion pour les deux groupes, médecins et administrateurs, qui doivent tenter de se placer dans la position de l'autre groupe pour ainsi être en mesure de prendre les meilleures décisions. À notre question, *quelles différences voyez-vous entre votre travail et celui ailleurs?*, un membre du CA nous disait que

« La grosse différence, c'est qu'il y a deux médecins qui participent au CA et qui prennent beaucoup d'espace. Les médecins ont une façon de comprendre les choses parfois et n'ayant pas participé à des CA auparavant, ils comprennent mal le fonctionnement d'un CA et puis ils comprennent mal nos décisions. Il y a de l'éducation à faire et je pense que ça va de mieux en mieux. »

On comprend donc que les médecins ont subi une courbe d'apprentissage en rapport au fonctionnement d'un CA et qu'ils sont maintenant mieux équipés pour y participer et construire le pont entre leurs collègues médecins et leurs collègues au CA. L'échange d'information et de pratiques semble donc être continu entre les médecins et les administrateurs de la Coop.

D'un autre côté, les médecins de la Coop s'interrogent visiblement sur leur pratique en clinique versus ailleurs. À notre question, *avez-vous une approche différente avec les patients en Coop?*, une d'entre eux nous disaient que

« le patient qui vient à la clinique, c'est un patient qui a un problème, mais qu'on peut qualifier de subaigüe. Oui il a un problème, mais sa condition actuelle ne devrait pas engendrer une détérioration majeure de son état de santé de façon immédiate. [...] Tandis qu'à l'hôpital, le patient qui fait un infarctus, si on ne le traite pas immédiatement, il peut en mourir. L'approche n'est donc pas la même. »

Cette conception de la pratique de la médecine en clinique en opposition à celle en centre hospitalier peut sembler évidente, mais elle demeure importante car elle peut mener à une seconde réflexion sur la pratique médicale en soi dans la Coop. Nous l'avons observé plus tard dans notre entretien avec ce médecin, qui a rajouté que

« Prochainement, idéalement, on fera plus de promotion de la santé. La promotion et la prévention [des maladies] vont ensemble. Éventuellement, si on est capable de faire ça, ça serait un plus. Ce travail n'est pas exclusivement celui de la Coop ou du CLSC. Le médecin doit faire de la prévention et de la promotion. Là c'est sûr qu'on ne veut pas dédoubler le travail qui est fait au CLSC. On veut travailler de concert ; on va essayer de trouver quelque chose qui n'est pas encore couvert par le CLSC. »

La dimension travail est donc sollicitée dans ces réflexions, mais l'est également celle de la formation, car les médecins devront probablement améliorer leurs connaissances de l'enseignement de la prévention des maladies et de la promotion de la santé à leurs patients. Des changements à l'offre de service de soins de santé s'avèrent de la sorte visés par cette médecin à la Coop Santé de la Basse-Lièvre. Comme l'a dit un membre du CA au courant de notre entretien : « C'est important de créer quelque chose et de continuer à en créer » (Membre CA).

3.2. Discussion

3.2.1. Être médecin avant tout - la dimension travail

La Coop Santé de la Basse-Lièvre est née du besoin de garder une des cliniques médicales de la région ouverte, laquelle permet de maintenir l'accès de la population à des services de soins de santé de première ligne. Cependant, avant la réalisation de cet

objectif, il fallait étudier la ou les causes des fermetures récentes de cliniques médicales afin d'éviter qu'elles se reproduisent. Les participants à nos entretiens ont évoqué que la perte des cinq médecins dans la région en l'espace d'un an est grandement reliée aux retraites de la profession ou causée par la maladie. D'autre part, ces médecins n'avaient pas réussi à vendre leur clinique, les obligeant à mettre la clef sous la porte. Collectivement, ces deux facteurs ont mené à la fermeture de cliniques médicales et donc à l'augmentation du nombre de patients orphelins dans la région.

Nos résultats montrent que les médecins, en particulier les plus récemment diplômés, ne rêvent pas forcément à pratiquer dans une clinique traditionnelle dont la charge fiscale repose sur leurs épaules et qui les oblige à s'attarder à plusieurs tâches administratives. L'accès à des soins de santé paraît ainsi conditionnel au vouloir – ou au rejet – des médecins de pratiquer en cabinet privé.

La prise en charge de la clinique par la Coop Santé de la Basse-Lièvre a donc débuté sur l'avenue de satisfaire les besoins et les attentes des médecins, plus particulièrement la dernière génération, afin de les encourager à continuer de pratiquer dans la région. En outre, comme les écrits sur la professionnalisation l'ont suggéré, en institutionnalisant de façon alternative la pratique de la médecine, le modèle coopératif devrait procurer de nouvelles options aux médecins vis-à-vis de leur environnement de travail – selon les dimensions travail, formation, et réflexion sur l'activité, ce qui contribue à long terme à transformer leur processus de professionnalisation.

Il ne faut cependant pas se limiter à croire que la coopérative de santé présente exclusivement un avantage pécuniaire pour les médecins. En entretien, il a été

souligné que les jeunes médecins ne désirent pas la charge fiscale associée à l'achat ou à la rénovation d'une clinique existante, ce qui fait de la coopérative de santé une alternative attrayante pour ces derniers. Toutefois, à la lumière de notre observation et de nos entretiens avec le personnel et membres du CA, nous avons constaté que ce qui séduit les médecins se porte au-delà de l'aspect financier. En réalité, afin de pratiquer leur métier, les médecins requièrent l'existence de deux éléments : un lieu de pratique adéquat et des patients. Les patients se voient relativement faciles à trouver, particulièrement dans la région de l'Outaouais où le taux de patients orphelins est un des plus hauts de la province (Richard, 2016). C'est le premier élément, le besoin d'un lieu de travail adéquat, qui est plus difficile à cerner.

Si nous ne considérons que l'aspect physique du lieu de pratique, la Coop Santé détient un avantage compétitif sur les autres cliniques : l'accès à une salle d'examen en échange d'un loyer déterminé au prorata des actes facturés. De plus, ses 14 nouvelles salles sont aménagées au goût du jour. À la Coop, le médecin, récemment diplômé comme celui qui possède des décennies d'expérience, peut profiter de ses nouvelles salles et de son équipement sans alourdir sa charge fiscale individuelle pour autant. En conséquence, les initiateurs du projet de la Coop Santé de la Basse-Lièvre se sont consultés entre eux pour en venir à la conclusion qu'il était primordial de créer un lieu de travail qui attirerait les médecins.

Pratiquer dans un cabinet médical nouvellement rénové sans devoir pour autant se soucier des détails administratifs représente probablement le rêve de plusieurs médecins de famille. Toutefois, cet avantage n'est que superficiel et ne constitue pas

réellement tous les possibles privilèges associés à la pratique en coopérative : il faut souligner que la création de ce sens de savoir-être professionnel accompagnée d'un meilleur équilibre entre le travail et la vie privée s'inscrit dans une logique de professionnalisation sous la dimension du travail, car l'identité professionnelle est au centre de ce processus. De ce fait, travailler en clinique sous une bannière coopérative devrait redonner un sentiment de savoir-être au professionnel médecin, puisque la seule tâche qui préoccupe ce dernier est la consultation de ses patients. Tous les jours, le médecin entre au cabinet pour ne faire que cela. D'après les recherches académiques sur le sujet du bien-être au travail des médecins, habiliter les médecins d'être seulement des médecins, et non pas des administrateurs-entrepreneurs, contribue à l'amélioration de leur bien-être professionnel. En effet, elles soutiennent que la qualité de leur service est directement reliée à leur sentiment de bonheur au travail (Campbell, 2010 ; SNM, 2012 ; Wallace et al., 2009). Des médecins heureux mèneraient donc à des patients mieux traités ; nous pourrions même supposer à une communauté qui est mieux soignée par ses médecins, mais cela nécessitera des études additionnelles sur le terrain.

Pour terminer, il apparaît considérablement important pour l'équipe de la Coop que chacun fasse sa part, de sorte que personne ne travaille en silo. Les avantages de cette attitude sont multiples. Par exemple, les médecins peuvent quitter leur quart de travail en paix si le besoin survient, ou même s'ils sont trop malades eux-mêmes pour terminer leur journée. Cette possibilité n'est pas banale : un cabinet avec une poignée de médecins ne pourrait probablement pas se permettre de laisser ces derniers partir

subitement ou pour une longue durée – reporter les rendez-vous des patients n’est souvent pas la meilleure option. En outre, il n’est pas coutume dans tous les cabinets de médecins de rencontrer les patients d’un collègue. L’institution du travail d’équipe coopératif à la Coop contribue à la synergie professionnelle qui y règne, favorise en parallèle le bien-être professionnel en milieu de travail, et donc facilite la transformation du cadre de professionnalisation des médecins.

3.2.2. Aider ses pairs c’est aider sa profession - la dimension formation

Dans une clinique de plus de dix-neuf médecins (en rotation) et leurs secrétaires médicales, d’infirmières, de travailleurs sociaux, une massothérapeute, etc., il ne serait pas étonnant que les personnalités de tout un chacun s’opposent et se contrastent. Cela ne semble pas être le cas à la Coop Santé de la Basse-Lièvre où l’abondance de personnel a contribué à la création d’un objectif commun : l’amélioration continue des services aux patients. Il ne faut toutefois pas assigner ces circonstances au hasard. Selon les personnes que nous avons rencontrées, c’est grâce aux efforts combinés de la coordonnatrice et de la médecin-recruteuse que cela est possible. Ensemble, elles recherchent les personnalités qui convergent et qui se complètent. Pareillement, avec autant de professionnels médecins et non-médecins qui pratiquent matin et soir, sept jours sur sept, les possibilités reliées aux retours d’expérience, à l’autoformation et aux situations de travail accompagnées devraient logiquement être multiples. La présence de ces opportunités multiples nous mène à considérer le soutien professionnel intergénérationnel et pluridisciplinaire, tel que révélé au cours de la

présentation des résultats en début de chapitre. Les travaux francophones comme anglo-saxons sur la professionnalisation considèrent de manière similaire que les échanges de connaissances en milieu de travail se rallient au processus de professionnalisation en rendant l'organisation qualifiante et apprenante (Wittorski, 2008). De ce fait, en favorisant la révision des objectifs communs et des meilleures pratiques, la coopérative de santé devient un « espace favorisant les apprentissages et la professionnalisation des individus » (Zarifian, 1992). Également, l'organisation elle-même se professionnalise puisqu'elle est capable d'apprendre et donc de mettre sur place de nouvelles procédures (Wittorski, 2008). Dans le cas de la coopérative de santé, celles-ci devraient l'aider à concrétiser les objectifs communs qui ont été décidés par ses membres professionnels et non-professionnels.

On retrouve aussi à la Coop des travailleurs sociaux, des infirmières, une massothérapeute et une nutritionniste, en plus que ces derniers soient séparés par un escalier d'une équipe de pharmaciens. Cette pluridisciplinarité permet à tous ces professionnels de placer le patient au centre de leurs préoccupations afin de lui offrir les conseils le plus adaptés à sa situation unique. Le fait de pratiquer dans un seul lieu commun permet également à ces derniers de partager un seul dossier-patient qui contient tous les traitements, prescriptions et recommandations qui ont été fournis au patient, facilitant le transfert d'informations entre les divers professionnels de la santé de la Coop. La professionnalisation des médecins qui se produit en coopérative, redéfinit la division du travail et le processus de professionnalisation classique tel que nous les connaissons, car leurs sources d'apprentissage sont plus grandement variées.

3.2.3. La professionnalisation au service de l'amélioration continue - la dimension réflexion

Finally, the spirit of teamwork is not only essential for a pleasant work environment and for multidisciplinary professional support; it is also necessary for the continuous improvement of care and services offered by the Coop. In a cabinet of one or two doctor-owners, the resonance box is shallow, which can become an obstacle to the rectification of a problem, whereas in a hospital, doctors on the ground do not make managerial decisions. Practising medicine and running a clinic require diverse competencies which, in the case of the Coop Santé de la Basse-Lièvre, come from a large number of professionals in the field of health and management.

Moreover, the easy and close access to health professionals other than doctors allows the latter to see their medical practices. The possibility of working in the same clinic as a nutritionist and a masseuse, for example, encourages them to recommend means of disease prevention and improvement of health to their patients in the same clinical environment. In the same way, social workers, in turn, can be recommended to patients who are going through difficult moments: the consultation of a doctor is no longer an act of searching for a remedy, but a quest for the maintenance of physical and mental health. Thanks to the physical proximity between health and non-health professionals, trust links can be more

solidement tisser, ce qui devrait contribuer à la recommandation d'un professionnel vers un autre.

Développer de bonnes habitudes de communication entre les médecins et le personnel non-médical contribue également au processus de réflexion des médecins, qui peuvent ensemble revoir continuellement ce que chacun désire retirer de son travail. En cabinet privé, ce sont les médecins-proprétaires qui prennent des décisions avec d'autres médecins sur des questions administratives. En coopérative de santé, plus particulièrement dans le cas de la Coop Santé de la Basse-Lièvre, ce sont des administrateurs – représentant les membres de la coopérative – et des médecins – donc des membres-travailleurs – qui font ces choix ensemble. Les compétences et connaissances de chacun sont mises à contribution, ce qui permet d'exposer plus facilement le plus grand nombre d'externalités positives et négatives que chaque décision pourrait engendrer. Les médecins en apprennent donc plus sur les demandes de leurs patients en un court laps de temps, et cela en est de même pour les administrateurs et les besoins de leurs médecins. Ainsi, les bénéfices de l'organisation qualifiante et apprenante sont mis à profit encore une fois.

Par ailleurs, les administrateurs de la Coop Santé de la Basse-Lièvre reconnaissent que le succès de leur organisation repose largement sur de saines communications partagées dans le respect de l'autre ; cela nous a été partagé à plusieurs reprises lors de nos entretiens semi-dirigés. Un des objectifs du processus de professionnalisation des médecins est d'augmenter la confiance des patients envers leurs médecins (Crueess & Crueess 2004; Lepage 2015). En permettant aux médecins de connaître les demandes

des membres de la coopérative, ceux-ci peuvent plus facilement combler les attentes de leurs patients, ce qui en retour contribue à améliorer la relation patient-médecin et donc la confiance qui règne envers ces derniers. Par exemple, une analyse des besoins de la population locale et des membres de la Coop a fait valoir le besoin de mettre sur pied des services ponctuels destinés aux patients atteints de maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPCO). Les médecins de la Coop se sont donc organisés pour répondre à la demande, et à ce jour, la Coop est le seul centre médical qui offre ces services dans la région (Médecin). En somme, en établissant la priorité de la communication entre les membres du CA et les médecins, tous oeuvrent vers le processus collectif d'apprentissage et de création de connaissances, qui peut subséquemment se traduire en meilleures pratiques de travail, ce qui en retour contribue à rendre le lieu de pratique agréable pour les médecins et digne de confiance pour les patients. En conséquence, mettre de l'avant une saine communication d'échange d'informations entre ces parties-prenantes permet d'une part au médecin de repenser sa position professionnelle – donc son identité – au sein de la Coop, et d'autre part d'augmenter le sentiment de confiance entre les membres de la Coop et les médecins, ce qui favorise la perpétuation du processus de professionnalisation (Dussault, 1985).

En tout et pour tout, il doit être souligné que le nouveau cadre de professionnalisation qui prend place à la Coop Santé de la Basse-Lièvre « touche à la fois la construction de l'identité individuelle et la construction de l'identité collective. » (Roquet, 2012)

Les médecins revoient leur identité professionnelle en tant que groupe, les patients

réévaluent leur identité personnelle en tant que client, alors que la coopérative construit son identité organisationnelle et professionnelle.

3.2.4. Au-delà de la professionnalisation des médecins

Au regard des apprentissages que nous avons réalisés sur le terrain de recherche et de notre analyse, nous pouvons tenter de répondre à notre question de recherche, *en quoi les coopératives de santé proposent-elles un nouveau cadre de professionnalisation aux médecins du Québec?* En premier lieu, nous devons souligner que la coopérative de santé existe pour répondre aux besoins de sa communauté en termes d'accès à des services de soins de santé. Deuxièmement, nous constatons que la profession de médecin peut positivement évoluer par l'entremise d'opportunités provenant des coopératives de santé : la redécouverte du sens du travail amené par la réalisation de tâches médicales et la décharge des tâches administratives, l'entraide professionnelle et pluridisciplinaire, ainsi que la communication et l'échange de connaissances multidisciplinaires qui provoquent une réflexion sur l'activité professionnelle. Ensemble, ces éléments permettent à la coopérative de santé de redéfinir le cadre de professionnalisation des médecins, qui à son fondement est constitué d'éléments d'appui à la protection et à la légitimité de l'occupation. Par ailleurs, la conception de la professionnalisation de Wittorski suggère que le milieu de travail influence ce processus et institutionnalise la profession : la professionnalisation, en ce sens, ne se manifeste plus seulement par le cursus universitaire et un code de déontologie, mais par l'environnement même dans lequel pratique le médecin. La coopérative de santé,

comme nos résultats le suggèrent, institutionnaliserait donc la profession de façon singulière par les opportunités et possibilités qu'elle offre quant aux dimensions du travail, de la formation et de la réflexion du professionnel sur son activité.

En outre, si le modèle de la coopérative de santé peut contribuer à remettre en question l'équilibre sociétal du processus de professionnalisation des médecins, cette organisation pourrait potentiellement devenir un levier de transformation sociale. Dans le cas de la Coop Santé de la Basse-Lièvre, nous croyons qu'il est encore trop tôt pour affirmer qu'elle contribue seule à cette transformation à l'échelle de la province. Toutefois, il s'avère raisonnable de formuler l'hypothèse qu'ensemble, les coopératives de santé pourraient arriver à cette finalité et collectivement redéfinir le processus de professionnalisation des médecins.

4. Conclusion - La professionnalisation, un levier de transformation sociale?

Tout au long de ce mémoire, nous avons tenté de souligner le rôle hétérodoxe des coopératives de santé dans la transformation du processus de professionnalisation des médecins en adoptant une grille d'analyse qui combine les écrits de Wittorski et de Roquet. Nous pouvons dire que ce sujet nous est tombé entre les mains par surprise. En effet, nous avons admis que notre question de départ, *les coopérations de santé encouragent-elles l'innovation et la transformation sociale?* avait été développée de sorte que nous puissions étudier deux sujets : l'innovation sociale et les coopératives de santé. Cependant, notre recherche sur le terrain nous a redirigé vers de nouvelles interrogations, lesquelles nous ont appelé à établir notre question de recherche finale, *en quoi les coopératives de santé proposent-elles un nouveau cadre de professionnalisation aux médecins du Québec?* Nous avons donc été tenus de replonger dans la littérature académique et légale, ainsi que de revoir nos verbatim afin d'en apprendre davantage à propos du rôle d'influence possible de la Coop Santé de la Basse-Lièvre sur le processus de professionnalisation des médecins.

Les résultats de notre recherche suggèrent que les médecins qui travaillent en coopérative de santé sont exemptés de tâches administratives lourdes et accaparantes ce qui leur permet d'offrir plus de temps de consultation à leurs patients. De la sorte, le médecin détient la possibilité de retrouver son sens de savoir-être médical, lequel améliore son sentiment de bien-être au travail. Les conditions de formation et donc d'apprentissage dans la coopérative de santé étudiée sont également multiples, ce qui,

en parallèle du travail, incite les médecins à se questionner face à leurs pratiques. Plus spécifique à la Coop Santé de la Basse-Lièvre, notre recherche semble indiquer que le travail d'équipe pluridisciplinaire et qui souscrit aux meilleures pratiques en regard à la saine communication, contribuent à l'échange de connaissances et d'information, ce qui devrait favoriser le maintien de la confiance entre professionnels et patients au sein de la Coop – lequel est un objectif important du processus de professionnalisation des médecins. Au final, ceci devrait encourager l'amélioration des services de soins offerts par les médecins.

Nous reconnaissons toutefois les limites de notre travail, causées d'une part par le changement de question de recherche, et de l'autre par l'incapacité d'obtenir plus de données de la part des participants, tout deux suites à nos entretiens semi-dirigés menés au courant de l'été 2016. Alors que la méthodologie s'est avérée adéquate pour la question de recherche, *en quoi les coopératives de santé proposent-elles un nouveau cadre de professionnalisation aux médecins du Québec?*, des guides d'entretien mieux adaptés à celle-ci permettraient de recueillir davantage de données. Ceci contribuerait à renforcer son analyse, notamment en ce qui concerne les dimensions de la formation et de la réflexion du sujet sur son activité. Il serait, en outre, pertinent de mener cette étude – avec de nouveaux guides d'entretien – au sein de plusieurs coopératives de santé au Québec, en vue d'observer si les résultats de notre recherche à la Coop Santé de la Basse-Lièvre s'appliquent également ailleurs.

En somme, nous concluons que les coopératives de santé sont un complément aux autres institutions de santé en existence au Québec et qu'elles gagneraient à être

reconnues car elles proposent un nouveau cadre de professionnalisation aux médecins, lequel pourrait se voir évoluer comme levier de transformation sociale. En effet, comme elles semblent bénéfiques pour le médecin du point de vue de son identité professionnelle, elles contribuent en outre à son bien-être au travail. Par leur réflexion sur leur activité, ces professionnels peuvent reprendre en main ce qu'être médecin signifie pour eux, ce qui pourrait encourager une meilleure offre de services de soins de santé. Cette amélioration des services de soins, elle, contribuerait au maintien et à l'amélioration de la santé des citoyens. Ainsi, les coopératives de santé, en étant innovante principalement pour le cadre de professionnalisation des médecins, sortent de leur cadre de projet initial et semble se présenter comme un levier potentiel de transformation sociale.

Annexe I : guides des entretiens semi-dirigés

Guide d'entretien : Président du CA

Rappel : confidentialité et demande d'enregistrement

Historique de la Coop

Raison-d'être initiale? Actuelle?

Quel manque à combler ? Social ou professionnel ou les deux?

Objectif initial du nb de membres? Combien de membres nécessaire pour continuer?

Réaction initiale de la communauté à l'ouverture d'une Coop de santé?

Combien de membres au CA? Fréquence de rotation des rôles?

Historique des AGA : combien de membres y vont, moyenne d'âge, leurs inquiétudes/questions?

Profil

Parcours professionnel / militant

Rôle dans la Coop? Combien d'heures par semaine à la Coop ? Combien d'heures ailleurs ?

Quelles différences voyez-vous entre votre travail à la Coop et celui ailleurs?

Intérêts professionnel généraux

Quelle est votre vision du futur de la Coop (en quelques mots)

Dimension gouvernance

Participation à la création de la Coop? Motivation originale à se joindre à la Coop ou à participer à sa création ?

Qui définit l'ordre du jour au CA?

Quels sont les thèmes abordés?

Comment sont prises les décisions au sein de la Coop Santé ?

Comment les collègues interagissent-ils ? Y a-t-il parfois des coalitions ? Par exemple ?

Y a-t-il des désaccords ? Comment cela se passe-t-il dans ce cas ?

Que pensez-vous de ce fonctionnement ? Quels sont ses avantages ? Quels sont ses inconvénients ? Quelles améliorations peuvent être envisageables ?

Quel est la relation entre les membres du CA et les professionnels de la santé? Avec les membres de soutien?

Voyez-vous un lien entre performance et gouvernance ?

Qui sont vos partenaires financiers et quel rôle jouent-ils dans les prises de décision?

Ont-ils leur mot à dire sur vos choix de financement ou de gestion des ressources financières?

Quels sont les enjeux liés à avoir des partenaires financiers?

Y a-t-il d'autres espaces de rencontre, des comités ou des groupes concentrés sur une question particulière?

Quelles différences voyez-vous entre votre travail à la Coop et celui ailleurs?

Dimension transformation

Comment gérez-vous la présence des non-membres? Quels incitatifs leur présentez-vous afin qu'ils deviennent membres-utilisateur?

Objectifs de développement de la Coop, de nouvelles activités, de nouveaux marchés ?

Quelle est la vision?

Comportement vis-à-vis de la concurrence ? compétition ?

Activités personnelles en lien avec la Coop à l'extérieur des murs de la clinique?

Opinion personnel sur la position actuelle de la Coop au sein de la communauté?

Votre objectif personnelle de développement au sein de la Coop?

Discussion finale :

Y a-t-il visée transformationnelle?

Comment voulez-vous vous y prendre?

Guide d'entretien : Membre du CA

Rappel : confidentialité et demande d'enregistrement

Profil

Parcours professionnel / militant

Rôle dans la Coop? Combien d'heures par semaine à la Coop ? Combien d'heures ailleurs ?

Intérêts professionnel généraux

Quelle est votre vision du futur de la Coop (en quelques mots)—> quelle implication?

Dimension gouvernance

Participation à la création de la Coop? Motivation originale à se joindre à la Coop ou à participer à sa création ?

Qui définit l'ordre du jour au CA?

Quels sont les thèmes abordés?

Comment sont prises les décisions au sein de la Coop Santé ?

Comment les collègues interagissent-ils ? Y a-t-il parfois des coalitions ? Par exemple ?

Y a-t-il des désaccords ? Comment cela se passe-t-il dans ce cas ?

Que pensez-vous de ce fonctionnement ? Quels sont ses avantages ? Quels sont ses inconvénients ? Quelles améliorations peuvent être envisageables ?

Quel est la relation entre les membres du CA et les professionnels de la santé? Avec les membres de soutien?

Voyez-vous entre performance et gouvernance ?

Y a-t-il d'autres espaces de rencontre, des comités ou des groupes concentrés sur une question particulière?

Quelles différences voyez-vous entre votre travail à la Coop et celui ailleurs?

Dimension transformation

Objectifs de développement de la Coop, de nouvelles activités, de nouveaux marchés ?

Comportement vis-à-vis de la concurrence ? compétition ?

Activités personnelles en lien avec la Coop à l'extérieur des murs de la clinique?

Opinion personnel sur la position actuelle de la Coop au sein de la communauté?

Votre objectif personnelle de développement au sein de la Coop?

Discussion finale :

Y a-t-il visée transformationnelle?

Comment voulez-vous vous y prendre?

Guide d'entretien : Médecins

Rappel : confidentialité et demande d'enregistrement

Profil

Parcours professionnel

Motivation originale à se joindre à la Coop ou à participer à sa création ?

Combien d'heures par semaine à la Coop ? Combien d'heures ailleurs ? Combien d'autres cliniques?

Quelles différences voyez-vous entre votre travail à la Coop et celui ailleurs?

Approche différente avec les patients?

Attitudes différentes provenant des patients?

Combien de patients et quel type de patients ?

Intérêt médical : médecine alternative, préventive? Ces intérêts ont-ils changé depuis vos débuts à la Coop?

Dimension gouvernance

Implication dans le CA ou dans les activités de la Coop?

Quel apport (gestion) provient des médecins?

Projets communs entre médecins et la Coop?

Dimension transformation

Objectifs de développement de la Coop, de nouvelles activités, de nouveaux marchés ?

Comportement vis-à-vis de la concurrence ? compétition ?

Activités professionnelles en lien avec la Coop à l'extérieur des murs de la clinique?

Votre objectif personnelle au sein de la Coop?

Guide d'entretien : Employé

Rappel : confidentialité et demande d'enregistrement

Profil

Parcours professionnel / militant

Rôle dans la Coop? Combien d'heures par semaine à la Coop ? Combien d'heures ailleurs ?

Poste occupé, fonction, missions, compétences, description activité

Combien de parts sociales?

Intérêts professionnel généraux

Quelle est votre vision du futur de la Coop (en quelques mots)

Dimension gouvernance

Participation à la création de la Coop? Motivation originale à se joindre à la Coop ou à participer à sa création ? Motivation actuelle?

Est-ce que les salariés sont « partie-prenante » : participe aux décisions, idée de « propriétaire » de la Coop?

Quel est la relation entre les membres du CA et les salariés? Entre médecins et salariés?

Quelles différences voyez-vous entre votre travail à la Coop et celui ailleurs?

Dimension transformation

Objectifs de développement de la Coop, de nouvelles activités, de nouveaux marchés ?
Quel est le rôle de la Coop dans la société? Seulement les soins de santé de première ligne?

Opinion personnel sur la position actuelle de la Coop au sein de la communauté?

Activités personnelles en lien avec la Coop à l'extérieur des murs de la clinique?

Votre objectif de développement personnel / collectif au sein de la Coop?

Annexe II : guide pour l'observation directe

Observation des rencontres du CA et des activités organisées pour les membres

En ce qui concerne l'observation directe qui prendra place durant les rencontres du CA et au cours des activités organisées pour les membres, le chercheur tentera d'observer certains comportements décrits ci-bas :

- Type d'interactions entre les membres : débats, argumentations, accords, discussions fluides et facilement consensuelles?
- Présence ou non d'une hiérarchie formelle et/ou informelle - qu'est-ce qui semble influencer sa présence ou son absence?
- Relations entre les membres du CA et les membres-utilisateurs (si telle observation possible)
- Les sujets les plus discutés / les moins discutés - pourquoi ce sont ces sujets?

Bibliographie

1. Audebrand, L., & Michaud, M. 2015. Les enjeux de la professionnalisation des entreprises d'économie sociale. *Revue internationale de l'économie sociale: Recma*, (338).
2. Bélanger, Y. 1984. *Genèse du développement de l'entreprise québécoise, 1850-1950. Essai sur l'évolution de la bourgeoisie québécoise*. Doctorat. UQAM.
3. Benoît, L. 1990. State Intervention and the Development of Cooperatives (Old and New) in Quebec, 1968-1988. *Studies in Political Economy*, 31(31): 107-139.
4. Boissinot, M. 1997. *Guide pour le démarrage d'une coopérative de services de santé au Québec*. Maîtrise. Université de Sherbrooke.
5. Bourgault-Brunelle, G. 2014. Cadre opérationnel pour les coopérative de santé au Québec. Québec: Fédération des Coopératives de services à domicile et de santé du Québec (FCSDSQ).
6. Brassard, M. 2009. Gouvernance territoriale et processus d'innovation sociale : l'exemple des coopératives. Rimouski: ARUC-Développement territorial et coopération.
7. Brassard, M., & Darou, J. 2012. *Portrait des coopératives de santé du Québec : Enjeux et défis*. Québec: FCSDS & CQCM.
8. Broom, A. 2005. Medical specialists' accounts of the impact of the Internet on the doctor/patient relationship. *Health (London)*, 9(3): 319-338.
9. Campbell, D. 2010. Physician Wellness and Patient Safety. *Annals of Surgery*, 251(6).
10. Catellin, S. 2004. L'abduction : Une pratique de la découverte scientifique et littéraire. *Hermès*, (39): 179-185.
11. Chaire de Coopération Guy-Bernier,. 1996. Les coopératives de santé dans le monde : une pratique préventive et éducative de la santé. Montréal: Chaire de Coopération Guy-Bernier.
12. Cloutier, J. 2003. Qu'est-ce que l'innovation sociale?. Montréal: CRISES.

13. CMQ. Les autres professionnels de la santé. 2015. Collège des médecins du Québec. <http://www.cmq.org/page/fr/autres-professionnels-de-la-sante.aspx>, 13 août, 2016.
14. CMQ. Modifications au Code de déontologie des médecins : Guide explicatif. 2015. (1st ed.). <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-6-2015-01-07-fr-modifications-au-code-de-deontologie-des-medecins-guide-explicatif.pdf>, 14 août, 2016, Québec.
15. Comeau, Y., & Girard, J. 2007. Économie sociale et santé: une présence méconnue, des innovations à découvrir. *Économie et Solidarités*, 36(2).
16. Cooperatives and Mutuals Canada,. 2015. *Health and social services*. http://canada.coop/sites/canada.coop/files/images/en/6674_cmc_factsheets_health_v3_lp.pdf, 16 août, 2016.
17. Craig, P. 2012. La RAMQ met en demeure 15 coopératives de santé pour des frais illégaux. *Radio-Canada.ca*. <http://www.radio-canada.ca/nouvelles/societe/2012/02/05/003-cooperative-sante-ramq-quebec.shtml>, March 7, 2016.
18. Cruess, R. & Cruess, S. 2004. Professionalism and Medicine's Social Contract with Society. *Virtual Mentor*, 6(4): 1-5.
19. Defining Social Innovation. 2016. Stanford Graduate School of Business : Center for Social Innovation. <http://www.gsb.stanford.edu/faculty-research/centers-initiatives/csi/defining-social-innovation>, 15 août 2016.
20. Desroches, H. 1976. Le projet coopératif (1st ed.): 36-56. Paris: *Économie et humanisme*.
21. DIEQ (Développement économique, Innovation et Exportation Québec),. *Collection Outils Coop : Qu'est-Ce Qu'une Coopérative?*. Québec: La Direction des communications et des services à la clientèle du MDEIE, 2009. Print.
22. Duchaine, G. 2013. Cliniques médicales: affaires en or pour investisseurs. La Presse. <http://www.lapresse.ca/actualites/sante/201306/04/01-4657798-cliniques-medicales-affaires-en-or-pour-investisseurs.php>, October 30, 2016.

23. Dussault, La professionnalisation des services de santé, dans Dufresne, J., Dumont, F., & Martin, Y. 1985. *Traité d'anthropologie médicale*: 605-616. Sillery, Québec: Presses de l'Université du Québec.
24. Dussault, G. 1985. Professionnalisation et déprofessionnalisation”. Dans J. Dufresne, F. Dumont & Y. Martin, *Traité d'anthropologie médicale*. L'Institution de la santé et de la maladie (1e ed.): 605-616. Québec: Les Presses de l'Université du Québec.
25. Flahault, E., Loiseau, D., & Dussuet, A. 2009. Quelle gestion des ressources humaines dans l'économie sociale? Entre bénévolat et professionnalisation: la place du travail dans les associations. *Eso Travaux et Documents*, 28: 67-75.
26. Fauquet, G. 1942. *Les deux éléments constitutifs de l'institution coopérative* dans Le secteur coopératif, essai sur la place de l'homme dans les institutions coopératives et sur la place de celles-ci dans l'économie (4th ed.): 59-78. Paris: PUF.
27. Fédération des coopératives de services à domicile et de santé du Québec (FCSDSQ),. 2016. Les coopératives de santé du Québec, un modèle coopératif à connaître: 1-31. FCSDSQ.
28. Gauthier, B. 2010. Recherche sociale (5th ed.). Sainte-Foy: Presses de l'Université du Québec.
29. Girard, J. 1998. Les coopératives dans le domaine de la santé : un potentiel à utiliser en Afrique, un point de vue. *Chaire de coopération Guy-Bernier*.
30. Girard, J. 2013. Coopérative de services de santé au Québec : entre l'espoir et le doute. *Revue Vie Économique*, 3(4).
31. Girard, J. & Garon, I. 1999. Les coopératives dans le domaine sociosanitaire au Québec : état de la situation. Montréal: *Chaire de coopération Guy-Bernier*.
32. Goulet, D. & Paradis, A. 1992. Trois siècles d'histoire médicale au Québec. Montréal, Québec: VLB.

33. Goulet, D. 2004. Professionnalisation et monopolisation des soins: le Collège des médecins du Québec 1847-1940. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 10(1): 39-51.
34. Groupe de travail sur les coopératives de santé,. 2013. *Rapport du Groupe de travail sur les coopératives de santé*. Québec: La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.
35. Hébert, R., & Prémont, M. 2010. Les coopératives de santé: entre compétition commerciale et solidarité sociale. *Revue juridique Thémis*, 44(3): 273-323.
36. Institut canadien de l'information sur la santé,. 2015. *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2015*. https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/nhex_trends_narrative_report_2015_fr.pdf, 16 août, 2016, Ottawa.
37. International Health Cooperative Organisation,. 2007. *Les coopératives de santé dans le monde : États-Unis*. http://www.usherbrooke.ca/irecus/fileadmin/sites/irecus/documents/ihco_jeanpierre_girard/coops_monde_francais/usa_francais.pdf, 16 août, 2016, Sherbrooke.
38. International Health Cooperative Organisation,. 2007. *Les coopératives de santé dans le monde : Information de base et évolution des coopératives de services de santé et de services sociaux*. https://www.usherbrooke.ca/irecus/fileadmin/sites/irecus/documents/ihco_jeanpierre_girard/coops_monde_francais/infobase_evolution.pdf, 16 août, 2016, Sherbrooke: IHCO.
39. La profession médicale. 2016. *Collège des médecins du Québec*. <http://www.cmq.org/page/fr/la-profession-medicale.aspx>, 13 août, 2016. Résumé tiré de la Loi médical M-9, 2016, c.31.
40. « La Facture ». 2012. Radio-Canada.
41. Langlois, G., & Girard, J. 2006. Coopératives de solidarité, développement et pérennité d'une innovation sociale. Une étude comparative de deux expériences québécoises. *Annals of Public and Cooperative Economics*, 77(2): 197-220.
42. Laperrière, L'observation direct, dans Gauthier, B. 2010. *Recherche sociale* (5th ed.). Sainte-Foy: Presses de l'Université du Québec.

43. Larmour, J. 2016. Saskatchewan Doctors' Strike. The Canadian Encyclopedia. <http://www.thecanadianencyclopedia.ca/en/article/saskatchewan-doctors-strike/>, September 5, 2016.
44. Leblond, S. 1970. La médecine dans la province de Québec avant 1847. *Les Cahiers des dix*, (35): 69.
45. Lepage, A. 2015. La profession médicale : vers un nouveau contrat social. Montréal: AMQ.
46. Lépine, V. 2016. Penser la professionnalisation comme une mise en mouvement : les communicateurs. *Revue française des sciences de l'information et de la communication*, (9).
47. Lévesque, B. 1990. State Intervention and the Development of Cooperatives (Old and New) in Quebec, 1968–1988. *Studies in Political Economy*, 31(1): 107-139.
48. Lévesque, B. 2001. Les entreprises d'économie sociale, plus porteuses d'innovations sociales que les autres?. <https://depot.erudit.org/bitstream/001665dd/1/ET0205.pdf>, 24 janvier 2016, Montreal: CRISES.
49. Loi médicale, S.Q. 1847, c.26
50. Mackay, L. 2007. Health cooperatives in BC: The unmet potential. *BCMJ*, 49(3): 139-142. <http://www.bcmj.org/mds-be/health-cooperatives-bc-unmet-potential>.
51. Malo, M., Lévesque, B., & Girard, J. 1998. Entrepreneuriat et développement coopératifs le modèle québécois. *Cahiers du CRISES : Études théoriques*. No ET9810.
52. Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec,. 2016. *Ententes particulières*: 16-1 à 16-9. Québec: MSSS & FMOQ.
53. Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec. *Groupe de médecine de famille (GMF)*. 2016. Sante.gouv.qc.ca. <http://sante.gouv.qc.ca/systeme-sante-en-bref/groupe-de-medecine-de-famille-gmf/>, October 23, 2016.
54. Mucchielli, R. 1969. La méthode des cas, *Editions sociales françaises*. Paris: Librairies techniques.
55. Peretz, H. 1998. Les méthodes en sociologie. *L'observation*. Paris: La Découverte.

56. Phills, J., Deiglmeier, K., & Miller, D. 2008. Rediscovering Social Innovation. *Stanford Social Innovation Review*, 34-43.
57. Pickstone, J. 2011. Savoir médical et pouvoir des médecins de la révolution industrielle à l'État post-industriel : autour de Manchester. *Genèses*, 82(1): 75-94.
58. Ragin, C. & Amoroso, L. 2011. *Constructing Social Research* (2nd ed.). London: SAGE Publications.
59. Richard, C. 2016. Accès à un médecin de famille : l'Outaouais pourrait rater la cible. Radio-Canada.ca.<http://ici.radio-canada.ca/regions/ottawa/2016/04/20/009-medecin-famille-acces-outaouais.shtml>, October 30, 2016.
60. RLRQ c-16, c.7
61. RLRQ C-67.2 ch. 7, 226.1
62. RLRQ C-67.2 ch. 11&17
63. RLRQ P-12, c.11
64. RLRQ S-0.1, c.6-7
65. Roquet, P. 2012. Comprendre les processus de professionnalisation : une perspective en trois niveaux d'analyse. *Phronesis*, 1(2): 82-88.
66. S.C. 1847, c.26, art. IX
67. Sabourin P. L'analyse du contenu, dans Gauthier, B. 2010. *Recherche sociale* (5th ed.). Sainte-Foy: Presses de l'Université du Québec.
68. Shields, M. 2008. Appartenance à la communauté et autoévaluation de l'état de santé, *Rapports sur la santé*, produit no 82-003 au catalogue de Statistique Canada, vol. 19, no 2, 57-67.
69. SNM, 2012. Résultats du sondage - Sondage national des médecins. 2012. *Sondage national des médecins*. <http://nationalphysiciansurvey.ca/fr/surveys-fr/2012-sondage/resultats-du-sondage/>, 20 novembre 2016.
70. Spradley, J. 1980. Participant observation, *Rinehart and Winston*, New York: Holt
71. Stanford Social Innovation Review. 2016. [ssir.org. http://ssir.org/about/overview](http://ssir.org/about/overview), 17 août 2016.

72. Vergès, P. 1984. Une possible méthodologie pour l'approche des représentations économiques. *Communication-information*, 6(2-3): 375-396.
73. Vienney, C. 1994. L'économie sociale (1st ed.): 84-89. Paris: La Découverte.
74. Waddington, I. 1990. The movement towards the professionalization of medicine. *BMJ*, 301(6754): 688-690.
75. Wallace, J., Lemaire, J., & Ghali, W. 2009. Physician wellness: a missing quality indicator. *The Lancet*, 374(9702): 1714-1721.
76. What is a Co-Op? Health Insurance Glossary. 2016. HealthCare.gov. <https://www.healthcare.gov/glossary/co-op/>, March 7, 2016.
77. What is a co-operative?. 2016. Ica.coop. <http://ica.coop/en/what-co-operative>, 16 août, 2016.
78. Wittorski, R. 2007. Professionnalisation et développement professionnel. Paris: L'Harmattan.
79. Wittorski, R. 2008. La professionnalisation. *Savoirs*, 17(2): 11-38.
80. Zarifian, P. 1992. Acquisition et reconnaissance des compétences dans une organisation qualifiante. *Éducation permanente*, 112: 15-22.