

Chapitre 2

Le cas d'une coopérative : la clinique communautaire de Saskatoon

	Auteur(s)	Coralie Darcis  Marc-André Pigeon 
	Titre du volume	Les centres de santé communautaire. Regards pluridisciplinaires d'un acteur de la santé méconnu
	Directeur(s) du volume	Jean-Pierre Girard Laëtitia Lethielloux  Alexandrine Lapoutte  Amélie Artis 
	ISBN	978-2-37496-268-9 (broché) 978-2-37496-274-0 (PDF)
	Édition	ÉPURE - Éditions et presses universitaires de Reims, septembre 2026
	Pages	63-82
	Licence	Ce document est mis à disposition selon les termes de la licence <i>Creative Commons</i> attribution, pas d'utilisation commerciale, pas de modification 4.0 international 

Les ÉPURE favorisent l'accès ouvert aux résultats de la recherche (*Open Access*) en proposant à leurs auteurs une politique d'auto-archivage plus favorable que les dispositions de l'article 30 de [la loi du 7 octobre 2016 pour une République numérique](#), en autorisant le dépôt [dans HAL-URCA](#) de la version PDF éditeur de la contribution, qu'elle soit publiée dans une revue ou dans un ouvrage collectif, sans embargo.

CHAPITRE 2

Le cas d'une coopérative : la clinique communautaire de Saskatoon

par Coralie Darcis et Marc-André Pigeon

Ce chapitre présente le cas de la *Saskatoon Community Clinic* (ci-après SCC), une clinique communautaire de type coopératif située au Canada, en Saskatchewan. Fondée au début des années 1960 dans un contexte de tensions politiques et professionnelles autour de l'instauration de l'assurance-maladie publique, la SCC est aujourd'hui une actrice centrale de la prestation des soins primaires à Saskatoon.

L'intérêt du cas dépasse largement son ancrage local : il met en lumière plusieurs défis auxquels sont confrontées les organisations de santé communautaires contemporaines. Ceux-ci concernent notamment l'équilibre délicat entre participation collective et autonomie professionnelle, la mobilisation durable des usagers, ainsi que la capacité de ces organisations à préserver leur spécificité dans un contexte institutionnel et structurel souvent contraignant.

Il est structuré en quatre sections principales. Nous commencerons par une introduction revenant sur les origines et le contexte de création de la clinique. La seconde partie sera dédiée à une description du modèle de soins de la SCC et la troisième partie, à une présentation de sa structure de gouvernance coopérative. Pour terminer, dans la quatrième partie, nous identifierons et présenterons certains des principaux défis et enjeux auxquels l'organisation est aujourd'hui confrontée.

Aux origines de la clinique

La SCC voit le jour en 1962 dans un contexte de crise. Cette crise résulte de la grève des médecins de famille, opposés au projet du gouvernement provincial social-démocrate de la Saskatchewan d'étendre l'assurance publique des services hospitaliers aux services médicaux. À l'époque, les médecins, qui géraient leurs propres régimes d'assurance, considèrent cette mesure comme une atteinte majeure à leur autonomie professionnelle. Sous l'égide du Collège des médecins et chirurgiens, une majorité des 725 médecins de famille de la province menace alors de faire grève pour marquer son opposition. Malgré cette contestation, la loi sur l'assurance-maladie de la Saskatchewan entre en vigueur le 1^{er} juillet 1962 (Gruending, 1974). La Saskatchewan est alors la première province canadienne à instaurer un régime universel d'assurance-maladie publique couvrant les services médicaux, marquant le début du système de santé public canadien tel qu'on le connaît aujourd'hui.

En réaction, les médecins mettent leur menace à exécution et déclenchent une grève qui durera vingt-trois jours. À l'issue des négociations, un compromis est trouvé : le gouvernement du Nouveau Parti Démocratique (NPD), dirigé par le premier ministre Tommy Douglas, concède aux médecins le maintien de leur statut de praticiens privés ainsi que la rémunération à l'acte. (Marchildon, Schrijvers, 2011).

Durant la grève, des milliers de citoyens de la Saskatchewan se mobilisèrent pour appuyer la position du gouvernement. Ils mirent sur pied près d'une douzaine de cliniques organisées sous forme de coopératives, trouvèrent des locaux et recrutèrent des médecins de famille au Royaume-Uni, puis en Asie, avec la promesse d'offrir des soins à tous pendant la crise. Ces cliniques jouèrent un rôle déterminant dans la bataille pour l'assurance-maladie, permettant au gouvernement de tenir bon lors des négociations face aux médecins. (Craddock, 2004; Ketilson, 1990). Cependant, une fois la grève terminée, et malgré l'émergence d'une fédération provinciale regroupant les coopératives locales, le mouvement s'essouffla progressivement, ne laissant en 2026 que quatre coopératives encore en activité.

La SCC est aujourd'hui la plus grande des cliniques communautaires encore en activité en Saskatchewan. Fondée le 3 juillet 1962, sa création repose sur l'initiative de deux médecins et d'un groupe de citoyens engagés. (Gruending, 1974). Selon l'Alliance Coopérative Internationale (2025), « les coopératives sont des entreprises centrées sur les personnes, qui sont détenues et contrôlées par leurs membres pour satisfaire leurs aspirations et besoins économiques, sociaux et culturels communs ». Il

existe à peu près quarante-huit cliniques de soins primaires organisées sous forme de coopératives au Canada, dont quatre en Saskatchewan¹. Ces quatre coopératives de santé saskatchewanaises se regroupent sous la coupole d'une fédération provinciale. Celle-ci se réunit annuellement et agit de concert lorsque des enjeux pressants nécessitent une action commune, notamment pour défendre ou faire avancer des dossiers stratégiques. Par exemple, elle intervient collectivement lors de certaines négociations avec le ministère de la Santé afin de faire entendre la voix des coopératives et promouvoir leurs intérêts. Au niveau fédéral, la clinique est membre de la *Healthcare Co-op Federation of Canada* ainsi que de l'Association canadienne des centres de santé communautaires (ACCSA). L'adhésion à l'ACCSA s'est révélée particulièrement utile pour renforcer les liens avec des organisations de santé similaires et pour apprendre et s'inspirer des pratiques exemplaires dans le domaine de la santé communautaire.

Dès ses débuts, SCC a dû surmonter de nombreuses difficultés. Entre autres, le manque d'expertise du conseil d'administration citoyen en matière de gestion d'une structure de soins de santé constitue un premier défi, ainsi que la recherche constante de financements pour assurer sa pérennité. Elle fait également face à des relations complexes avec les autorités gouvernementales, notamment avec le nouveau gouvernement libéral élu en 1964, ainsi qu'avec la médecine organisée. En effet, cette dernière rejetait le modèle d'organisation et de soins proposé par la clinique et marginalisait les médecins qui choisissaient de s'y associer. (Gruending, 1974).

Malgré cela, d'une organisation ne comptant que deux médecins de famille, la clinique s'est considérablement développée au fil des décennies. En 1972, elle consiste en un centre de soins pluridisciplinaires employant quatorze personnes. (Gruending, 1974). Au fil du temps, ses programmes et services se diversifient, l'équipe pluridisciplinaire s'étoffe, et elle prend en charge un nombre croissant d'usagers. En 2024-2025, la SCC fonctionnait avec un budget annuel de 18,1 millions de dollars canadiens, employait 170 personnes et desservait 17 000 usagers. Son association coopérative compte actuellement approximativement 10 000 membres (Saskatoon Community Clinic, 2025).

Pour ce qui est de son financement, malgré l'ambition affirmée de s'affranchir du modèle traditionnel de rémunération à l'acte, la clinique n'eut d'autre choix, à ses débuts, que d'y recourir. Les médecins versaient

1 Il s'agit d'une estimation réalisée par les auteurs base sur des informations répertoriées dans la base de données de Coopératives et Mutuelles Canada, <https://crm.canada.coop> ainsi que la site web de la Fédération Québécoise des coopératives de santé.

alors une partie de leurs revenus afin de couvrir les frais de fonctionnement de l'organisation. Ce n'est qu'en 1972 que les négociations engagées avec le gouvernement aboutirent à l'instauration d'un mode de financement fondé sur un budget global, révisé annuellement. Ce cadre budgétaire a rendu possible la transition vers un mode de rémunération salariale des médecins. Aujourd'hui, le financement de la clinique provient principalement du ministère de la Santé de la Saskatchewan et, pour certains projets plus ciblés, de la *Saskatchewan Health Authority*² (ci-après « SHA »). Ce financement est complété par les revenus générés par sa pharmacie, le soutien apporté par la Fondation SCC, et, dans une moindre mesure, par les cotisations de ses membres.

Au fil des années, la population desservie par la clinique a connu une transformation notable. Initialement orientée vers une clientèle majoritairement issue de la classe moyenne, la clinique a progressivement élargi son offre de soins afin de répondre aux besoins croissants de populations en situation de précarité. Cette volonté d'inclusion s'est notamment concrétisée en 1975 par l'ouverture d'un second site, nommé *Westside*, implanté au cœur d'un quartier défavorisé de la ville. Depuis sa création, la demande de soins sur ce site n'a cessé de croître. Aujourd'hui, il accueille près de 25 % des usagers de la clinique. Ce site dessert principalement une population à faibles revenus (voire sans revenus) issue des peuples des Premières Nations, confrontée à des enjeux sanitaires et sociaux complexes, ce qui requiert un modèle de soins flexible et adapté.

Dès sa fondation, la SCC s'est distinguée par une conception de la santé en rupture avec les paradigmes dominants de l'époque (Ketilson, 2021). Cette vision novatrice repose sur une approche globale et préventive des soins, plaçant le patient au centre comme acteur de sa santé. Un autre pilier fondamental du modèle de la SCC réside dans sa gouvernance coopérative. Celle-ci confère au patient un rôle décisionnel dépassant le cadre thérapeutique pour s'étendre à l'organisation des services au sein de la clinique et, par des initiatives de mobilisation collective, à l'orientation du système de santé dans son ensemble.

Dans les sections suivantes, nous aborderons ses modèles de soins et de gouvernance, en terminant ensuite par les défis et enjeux contemporains auxquels l'institution est aujourd'hui confrontée.

2 La *Saskatchewan Health Authority* est l'autorité provinciale de santé de la Saskatchewan, responsable de la prestation opérationnelle des services de santé publics dans la province, incluant la gestion de l'offre de soins sur les différents réseaux de soins de santé primaires et des cliniques publiques.

Une approche pluridisciplinaire de la santé

Dès ses débuts, la clinique adopte un modèle de soins alternatif, en rupture avec les pratiques conventionnelles de l'époque. Ses fondateurs défendent l'idée de soins gratuits et accessibles à tous, ainsi qu'une approche de la santé globale et intégrée, axée sur la prévention et la participation des usagers.

Le modèle de soins de la clinique se veut multidisciplinaire. En plus des médecins de famille et des infirmières praticiennes, la SCC compte un large éventail de professionnels de la santé, notamment des conseillers en santé mentale, des ergothérapeutes, des physiothérapeutes, des nutritionnistes, des infirmiers aux diverses spécialités (en soins communautaires, en santé mentale, en soins primaires ou encore en pédicure médicale) et même des spécialistes venant y prester quelques heures par semaine. La SCC dispose également de son propre service de laboratoire et de radiographie, de sa propre pharmacie et, par le passé, proposait aussi un service d'optométrie et même de dentisterie.

Bien plus qu'un simple regroupement de professionnels de la santé, la clinique fonctionne comme une véritable équipe interdisciplinaire. Tous les membres de l'équipe y sont salariés, partageant ressources et outils au service d'un même groupe de patients, ceux rattachés aux médecins de famille de la clinique. Chaque médecin dispose de sa propre liste de patients, mais ces derniers peuvent également en consulter d'autres, notamment en cas d'absence ou pour obtenir un rendez-vous plus rapidement. Lorsqu'un médecin de famille quitte la clinique, celle-ci s'assure de la continuité des soins : ses patients ne sont pas laissés sans suivi et continuent à être pris en charge par les autres membres de l'équipe médicale.

Au fil de son développement, la clinique s'associe avec plusieurs organisations communautaires et la SHA. Ensemble, ils mettent sur pied des programmes de soins à destination de groupes d'usagers souvent confrontés à des obstacles dans l'accès aux services de soins de santé. Le modèle salarial de la clinique permet à ses médecins de consacrer davantage de temps au développement de ces programmes. Comme l'explique un médecin de famille :

[À la SCC], il est possible de proposer certains soins spécialisés qui, dans d'autres systèmes, seraient très difficiles à mettre en œuvre. Par exemple, les soins destinés aux personnes réfugiées. En tant que médecin rémunéré à l'acte, il serait presque impossible de se

consacrer à ce type de soins. Car la structure ne s'y prête pas, avec les rendez-vous de 15 minutes et tout ça. (Médecin de famille de la SCC)

Parmi ces initiatives figure le service de dentisterie³, organisé en partenariat avec l'université de la Saskatchewan, afin de fournir des soins dentaires gratuits aux populations précarisées du quartier de Westside. Depuis 2005, la SCC accueille également l'initiative *Student Wellness Initiative Towards Community Health* (SWITCH), une clinique dirigée par des étudiants dont les bénévoles offrent des services gratuits à la communauté (comme des consultations, le remplissage de fiches d'impôt ou encore la distribution de repas). Un autre exemple d'initiative est la mise sur pied de la *Refugee Engagement and Community Health Clinic* (REACH)⁴, destinée aux réfugiés et offrant des soins médicaux, des services de diagnostics et pharmaceutiques. La clinique accueille également le *Positive Living Program* en partenariat avec la SHA, avec lequel elle offre une prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH. Enfin, la clinique propose également des soins spécialisés pour les personnes transgenres et de genre divers, incluant la thérapie hormonale, l'accompagnement à la planification chirurgicale, l'enseignement des injections, l'accompagnement dans les démarches administratives, ainsi que des services complémentaires tels que la physiothérapie, la nutrition et l'accompagnement psychologique.

Reflétant son engagement envers une approche holistique des soins, la clinique a également offert au fil du temps une variété de programmes communautaires de promotion et de prévention de la santé. Ces initiatives incluent par exemple des ateliers consacrés à une alimentation équilibrée et à l'activité physique, des services et groupes d'activités dédiés aux aînés, ou encore une clinique saisonnière de vaccination. La clinique propose également des groupes de soutien pour les parents, les femmes enceintes ou encore les personnes atteintes de diabète ou de maladies chroniques⁵. La clinique développe aussi des initiatives spécifiquement destinées aux populations autochtones⁶ et organise diverses activités communautaires favorisant le lien social⁷.

À travers son infolettre *Focus*, la clinique mène également des actions de sensibilisation, d'éducation et d'information auprès de

3 Offre de soins qui a été relocalisée dans les locaux de l'université de la Saskatchewan en 2023.

4 En collaboration avec les associations communautaires *Global Gathering Place* et *Saskatoon Open Door Society*, ainsi qu'avec le collège de médecine de l'université de la Saskatchewan.

5 Par exemple, le programme *LiveWell with Chronic Pain*.

6 Par exemple, le programme *Strengthening the Circle "Kohkums"*.

7 Telles que le *Handicraft Club* et le programme *Fitness, Food & Fun*.

la communauté, abordant des thématiques telles que le sommeil, la nutrition, la prévention de certains troubles ou encore les risques liés au tabagisme. Cette infolettre aborde d'autres thématiques communautaires importantes telles que la lutte contre la pauvreté, l'insécurité alimentaire, la réconciliation avec les peuples autochtones, et divers sujets liés au bien-être collectif.

Qualité et efficience du modèle

Cette approche globale et préventive de la santé contribue non seulement à une amélioration tangible de la qualité des soins, mais aussi à une satisfaction accrue des patients. Plusieurs recherches récentes ayant recueilli l'expérience des patients mettent en avant leur haut niveau de satisfaction quant à la qualité des soins reçus à la SCC. (Ketilson *et al.*, 2021 ; Darcis *et al.*, 2025). L'une de ces recherches compare l'expérience des usagers de la SCC avec celle d'usagers d'autres cliniques (privées ou publiques) de Saskatoon et démontre que :

[m]algré leur état de santé généralement moins bon, les patients de la SCC se sont déclarés nettement plus satisfaits de leurs soins primaires que les patients hors SCC. Les patients de la SCC se sont sentis davantage écoutés, ont manifesté plus de reconnaissance et ont apprécié les soins coordonnés et holistiques prodigués par la SCC. (Darcis *et al.*, 2025, p. vi, traduction personnelle)

Au-delà de la qualité de soins, la question de l'efficience de ce modèle a souvent été soulevée par les autorités politiques. Des évaluations antérieures ont montré que, malgré des coûts initiaux parfois plus élevés, ce modèle de soins permettait de réduire les dépenses sur le long terme, notamment en diminuant le recours aux services hospitaliers d'urgence. Certaines études ont même conclu que la SCC présentait des coûts comparables à ceux des cliniques médicales traditionnelles. (McPhee, 1973) et qu'elle générerait des économies nettes pour la province (Saskatchewan Health, 1983).

Plus de cinquante ans plus tard, le coût par patient à la SCC est plus élevé que dans les autres cliniques de soins primaires de Saskatoon (Darcis *et al.*, 2025). Cela s'explique en grande partie par l'évolution de la patientèle prise en charge à la SCC, plus vulnérable et souvent confrontée à des enjeux sanitaires et sociaux complexes. Dans un contexte de ressources limitées, cela représente un défi important pour la clinique, qui doit continuellement concilier pertinence clinique et

exigence d'efficacité, une tension que nous explorerons plus en détail ultérieurement.

Une gouvernance collaborative

Née d'un partenariat entre des citoyens et des médecins, la clinique a été créée spontanément sous la forme d'une coopérative, un modèle organisationnel couramment adopté à l'époque dans la province. En tant que coopérative, la clinique est régie depuis 1962 par le *Co-operatives Act* de la Saskatchewan et sa gouvernance est actuellement assurée par un conseil d'administration composé de ses membres.

Depuis sa création, la SCC a connu une croissance significative, tant au niveau des services proposés que de son personnel. Cette transformation progressive a entraîné une évolution et une institutionnalisation de son modèle de gouvernance, afin de mieux répondre aux besoins changeants de l'organisation et aux défis de son environnement. Aujourd'hui, la clinique se caractérise par une structure organisationnelle relativement horizontale (cf. figure 1), articulée autour de cinq niveaux principaux.

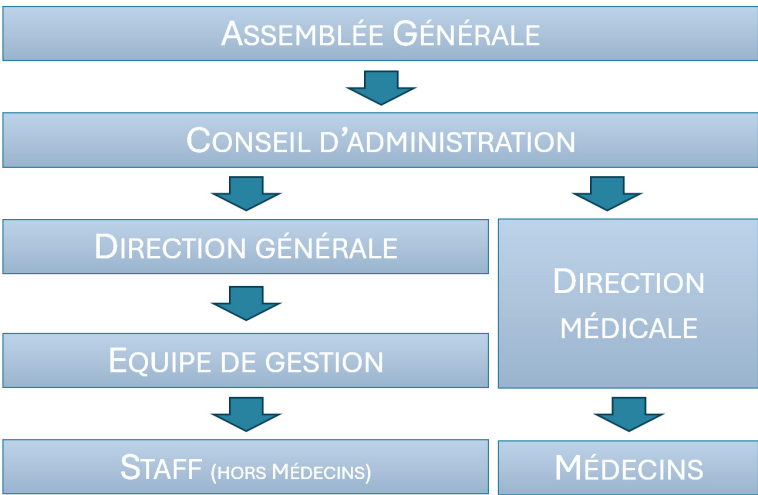


Figure 1. Structure organisationnelle de la SCC

Les 10 000 membres de la coopérative incluent à la fois des usagers, des membres du personnel, des citoyens engagés ainsi que divers groupes communautaires. Pour un montant unique de 15 \$ par personne ou 30 \$ par famille, l'adhésion à vie octroie la possibilité de participer et

de voter aux assemblées générales, d'élire le conseil d'administration et de contribuer à l'adoption de résolutions définissant les orientations stratégiques de la clinique. Enfin, chaque membre de la coopérative a le droit de proposer sa candidature pour siéger au conseil d'administration.

Ce conseil d'administration, composé exclusivement de membres de la coopérative, est responsable de la vision stratégique globale de l'organisation ainsi que du maintien à jour des politiques et procédures qui encadrent son fonctionnement. Historiquement, ce conseil d'administration a compté de nombreux membres du personnel, principalement des médecins. Aujourd'hui, il est plutôt composé d'usagers ainsi que de citoyens n'ayant pas recours aux services de la clinique ; il est désormais rare d'y retrouver des membres du personnel.

La direction générale, représentée par le directeur exécutif, est recrutée par le conseil d'administration. Elle veille à la mise en œuvre de la vision stratégique et supervise l'ensemble du personnel, à l'exception des médecins de famille. De son côté, la direction médicale, actuellement composée de deux directeurs médicaux (un pour chaque site) est chargée de superviser les médecins de famille. Contrairement aux autres groupes de prestataires, le représentant du groupe médical rend directement compte au conseil d'administration et n'est pas officiellement responsable devant le directeur général.

L'équipe de gestion, composée des responsables de chaque département, assure le suivi de la mise en œuvre des orientations dans leur secteur respectif et y gère le personnel attaché, lui-même chargé de la prestation directe des services auprès des usagers.

Le rôle des membres de la coopérative

Ce modèle de gouvernance coopératif met l'accent sur la propriété collective et le contrôle par les membres, s'inscrivant en rupture avec les approches dominantes de l'époque (et encore d'aujourd'hui) généralement caractérisées par une structure centrée sur les médecins et peu ouverte à la participation communautaire. Au contraire, sa philosophie fondatrice repose sur des principes tels que la participation démocratique et la gestion collective.

Les fondateurs ont perçu dans cette structure coopérative un moyen de favoriser une approche plus « participative » de la santé, permettant à la fois d'engager davantage les usagers dans la gestion de leur propre santé, mais aussi dans l'organisation des soins de santé au sein de la clinique. Dans cette logique, la clinique veille à maintenir un dialogue constant avec la communauté, notamment à travers la diffusion de

rapports annuels, d'infolettres, et l'organisation d'assemblées générales annuelles et semi-annuelles. Ces mêmes espaces servent aussi à recueillir les retours de la communauté, notamment à travers la réalisation de sondages ou encore la mise à disposition d'un « représentant des usagers ». Ce dernier est chargé de répondre aux questions, préoccupations ou suggestions des membres et du public ainsi que de l'organisation de consultations ponctuelles sur des enjeux spécifiques.

À de très nombreuses reprises au fil de l'existence de la clinique, ses membres ont contribué activement à son développement, proposant des idées ou exprimant leurs avis concernant la création, le maintien ou l'arrêt de certains services. Ces derniers participaient également aux débuts sur le positionnement de la clinique vis-à-vis de certains enjeux communautaires plus larges (afin de décider, par exemple, si la clinique devait ou non interpeller les autorités politiques ou de l'administration sur certaines questions).

En offrant un espace d'expression aux membres de la communauté ainsi qu'aux professionnels de la santé, ce modèle favorise l'identification des besoins émergents et l'ajustement continu des pratiques, renforçant ainsi la capacité de la clinique à s'adapter à son environnement (Darcis *et al.*, 2025). La structure de gouvernance coopérative de la clinique permet donc à l'organisation de rester centrée sur la communauté, en intégrant les besoins de celle-ci dans les processus décisionnels. Néanmoins, comme nous le verrons dans la section suivante, cette structure génère plusieurs défis, tant sur le plan organisationnel que dans la mise en œuvre concrète de la participation communautaire.

Défis et enjeux contemporains

La SCC n'échappe pas à une série de défis qui complexifient son fonctionnement au quotidien. À mesure que le contexte social, économique et institutionnel évolue, la clinique se voit confrontée à des tensions qui mettent à l'épreuve ses modèles de soins et de gouvernance. Cette section explore certains des principaux enjeux contemporains auxquels la SCC doit faire face, qu'ils soient liés à sa gouvernance, à la participation communautaire, à la pression sur les ressources ou aux transformations du système de santé.

Allier gouvernance partagée et autonomie professionnelle des médecins

Un enjeu majeur auquel fait face la SCC concerne son modèle de gouvernance. Le concept de gouvernance partagée, principe fondateur du modèle coopératif, a suscité des tensions dès les débuts de la clinique. Des divergences de points de vue sont apparues notamment concernant la place que les usagers devraient occuper dans la gouvernance de l'organisation (Gruending, 1974).

Historiquement, le choix d'un mode de rémunération à l'acte pour les médecins a contribué à renforcer leur position au sein de la clinique. Ce système leur confère non seulement une autonomie financière, mais aussi une influence structurelle, puisqu'ils reversent une partie de leur revenu à la coopérative. L'introduction d'un budget global visait entre autres à rééquilibrer cette dynamique, en donnant davantage de place aux membres de la coopérative dans la planification et la mise en œuvre des services de santé. Comme le souligne Gruending (1974) : « À la fois les médecins et le conseil d'administration espèrent que le financement global permettra aux usagers de s'impliquer plus pleinement dans la planification et la mise en œuvre de leurs services de santé » (p. 22, ma traduction).

Malgré cette volonté initiale, les médecins demeurent aujourd'hui les acteurs les plus influents au sein de la clinique. Leur expertise professionnelle, leur rôle central dans la prestation des soins, et leur position privilégiée⁸ dans la structure hiérarchique de l'organisation leur confèrent une position dominante au sein de l'organisation. Encore aujourd'hui, certains médecins perçoivent ce mode de gouvernance partagée comme diminuant à certains égards leur autonomie professionnelle et n'apprécient pas cette incapacité à peser autant qu'ils le voudraient sur les décisions organisationnelles. (Darcis *et al.*, 2025).

Maintenir la participation et représentativité des membres

Un des défis centraux pour les organisations de type coopératif réside dans la mobilisation durable de leurs membres. Fulton (1999) souligne que l'engagement des membres joue un rôle central dans la capacité

8 Comme représenté sur la figure 1, la direction médicale n'a pas de compte à rendre à la direction générale, mais directement au conseil d'administration de la clinique. Contrairement aux autres groupes de professionnels, elle bénéficie donc d'une voie de communication et de négociation directe avec le conseil d'administration.

d'une coopérative à se démarquer des entreprises à but lucratif. Dans le même esprit, Restakis et Filip (2008) rappellent que :

Le succès des coopératives de santé est directement lié à l'activité de leurs membres et à la participation et à l'engagement plus larges des membres de la communauté, tant dans la phase de développement de la coopérative de santé que dans la prestation de ses services. (p. 11)

Plus de soixante ans après sa création, la SCC fait face à une crise de son modèle de gouvernance. Fondé sur la participation active des membres, le principe coopératif semble s'essouffler. À mesure que la génération des fondateurs disparaît, la relève citoyenne peine à s'engager et l'on observe une diminution de la participation et de l'influence des membres au sein de l'organisation. De plus, la diversité des voix au sein des organes de décision reste limitée, réduisant fortement la représentation de certaines populations.

Ce recul de l'implication des membres soulève plusieurs enjeux majeurs. D'une part, il tend à délégitimer le modèle d'organisation coopératif comme moyen de répondre aux besoins de la communauté locale, puisque celle-ci n'est plus représentée au sein de ces instances. D'autre part, la faible participation des membres affaiblit les mécanismes de contre-pouvoir face aux professionnels de santé, notamment les médecins, ce qui fragilise l'équilibre démocratique de la structure. Ce déséquilibre remet donc en question l'idéal fondateur d'autogestion et de gouvernance partagée de l'organisation, et appelle à une réflexion sur les mécanismes de gouvernance.

Maintenir une mission sociale dans un contexte de pression structurelle

Comme expliqué précédemment, au fil des années, la SCC a progressivement orienté son offre de soins vers les populations les plus marginalisées, souvent confrontées à des obstacles majeurs dans l'accès aux services de santé. Cela inclut notamment les personnes en situation d'itinérance, celles confrontées à des problèmes de dépendance, les réfugiés, ainsi que d'autres groupes vulnérables. De manière plus générale, les données issues d'une récente évaluation du fonctionnement de la clinique indiquent qu'elle dessert une population relativement plus âgée, mais également disproportionnellement plus vulnérable et complexe d'un point de vue médical, comparativement à celle des autres cliniques de soins primaires de Saskatoon (Darcis *et al.*, 2025).

La prise en charge de ces populations exige davantage de temps de la part du personnel médical, en raison du besoin accru de coordination avec d'autres services (par exemple, un service d'interprétariat ou des services sociaux) et de la complexité des problématiques rencontrées. Ce type de prise en charge nécessite également un modèle de soins dit opportuniste, en dehors des moments de soins programmés (par exemple en laissant la place aux consultations sans rendez-vous) et qui permet d'adapter la prise en charge du patient en fonction de ses besoins du moment (impliquant parfois des interventions imprévues). Enfin, le soutien d'autres professionnels de santé, tels que le personnel infirmier, et plus largement l'intégration dans un modèle de soins multidisciplinaire, constituent une ressource essentielle pour les médecins de famille prenant en charge ces patientèles.

Mis en œuvre à la SCC et plus particulièrement sur le site de *Westside*, ce modèle semble particulièrement pertinent pour répondre aux besoins de ces populations. Comme le montrent les résultats d'une étude récente sur les personnes vivant avec le VIH (Darcis *et al.*, 2025), ce modèle favorise un engagement plus soutenu des patients envers leur traitement, comparativement aux patients dont le suivi est organisé dans d'autres cliniques de la ville.

Grâce au modèle organisationnel que la SCC a développé au fil des décennies – incluant la rémunération salariale des médecins, le travail en équipe multidisciplinaire et une philosophie inclusive – la clinique assume une part disproportionnée de la prise en charge des populations marginalisées et vulnérables de Saskatoon (Darcis *et al.*, 2025). Elle occupe ainsi un rôle central dans le paysage sociosanitaire de la ville. Pourtant, malgré son rôle essentiel, la SCC doit régulièrement justifier son mode de fonctionnement et plaider pour un financement adéquat auprès des autorités de santé. Tandis que les besoins de la communauté ne cessent de croître, les ressources disponibles demeurent limitées : manque de financement, pénurie de personnel (avec une charge émotionnelle importante et un risque d'épuisement), insuffisance des espaces physiques... autant de contraintes qui freinent la capacité de la clinique à répondre pleinement à la demande.

Croître en préservant un ancrage local

Pour répondre aux besoins croissants des communautés qu'elle dessert, la SCC devra se développer davantage : recruter de nouveaux professionnels, lancer des projets innovants, mobiliser des financements supplémentaires et, éventuellement, envisager un déménagement vers des locaux plus spacieux. Toutefois, cette expansion soulève des enjeux

majeurs, notamment celui de préserver son identité coopérative et son enracinement local.

En effet, l'expansion organisationnelle tend souvent à centraliser la prise de décision, ce qui peut nuire à la capacité d'innovation et d'adaptation de l'organisation aux réalités locales (Moch *et al.*, 1977). Ces défis mettent en lumière la nécessité d'adopter une approche stratégique de la croissance, permettant de maintenir les valeurs fondamentales de l'organisation.

Des alternatives à l'expansion verticale, telles que la mise en réseau ou la création de sites autonomes, peuvent constituer des voies de développement plus alignées avec les principes coopératifs (Dees *et al.*, 2004). Il devient donc essentiel de repenser les mécanismes de gouvernance à mesure que l'organisation évolue, afin de concilier développement et fidélité à sa mission.

Naviguer dans un contexte institutionnel indifférent et hostile

La SCC : un modèle d'organisation en contrepoint du modèle médical traditionnel

Le modèle de gouvernance de la SCC s'imbrique dans un contexte institutionnel quasiment indifférent et parfois hostile au modèle coopératif. Les membres de la SCC, composés de patients et de membres de la communauté, élisent le conseil d'administration de la SCC, qui supervise ensuite la clinique. Le ministère de la Santé finance la SCC au moyen d'un budget global. La SCC se caractérise par une gestion assurée par des administrateurs salariés responsables devant le conseil d'administration, par un engagement communautaire marqué et par une approche holistique et préventive de la santé. Ces caractéristiques sont associées à un ratio patients-médecin plus faible, à une satisfaction élevée, à une prise de décision plus lente et à une plus grande adaptabilité aux besoins de la communauté. En comparaison, les cliniques privées accueillent des patients et sont influencées à la fois par le ministère de la Santé et par la *Saskatchewan Medical Association*. Les médecins y sont propriétaires et gestionnaires et sont rémunérés à l'acte. Leur modèle privilégie la rentabilité, l'efficience et une approche davantage biomédicale de la santé. Les résultats attendus sont un ratio patients-médecin plus élevé, une satisfaction modérée, une prise de décision plus rapide et une plus faible adaptabilité aux besoins de la communauté.

La SCC est ancrée dans une gouvernance démocratique où les membres de la coopérative, par le truchement de l'assemblée générale,

élisent le conseil d'administration. Celui-ci, passant par la direction générale de la SCC, gère un budget global provenant du ministère de la Santé. Sur la base des facteurs institutionnels et du modèle de prestation de soins, les rendements visibles anticipés sont un débit de patients modéré, une facturation *pro forma*⁹, un faible ratio patient-médecin et un haut niveau de satisfaction.

En contraste, les cliniques médicales privées, détenues et gérées par des médecins-propriétaires, desservent des patients considérés comme des clients n'ayant aucun droit de gouvernance. Elles sont financées à travers la rémunération à l'acte. Ces cliniques sont généralement axées sur l'augmentation du débit de patients, ce qui se traduit par des rendements visibles tels qu'un ratio patient-médecin élevé et une satisfaction modérée. Leur légitimité repose principalement sur le statut professionnel des médecins et sur le pouvoir de leurs associations médicales, qui exerce une influence notable sur les décisions du ministère de la Santé (Smith, 2010).

Bien que les autorités tolèrent la SCC depuis plusieurs années, notamment parce qu'elle prend en charge une population moins « rentable », celle-ci bénéficie d'une assise de légitimité plutôt forte dans le paysage des soins de santé de la Saskatchewan. S'appuyant sur cette légitimité, la SCC négocie directement avec les autorités gouvernementales pour s'assurer un budget global convenable. Celui-ci provient directement du ministère de la Santé et non de la SHA. En traitant directement avec le ministère de la Santé, la SCC conserve une plus grande autonomie stratégique et opérationnelle. En évitant de s'inscrire dans les structures administratives de la SHA, souvent perçues comme bureaucratiques et peu réactives, la SCC se prémunit contre certaines contraintes institutionnelles et préserve sa capacité d'innovation et de flexibilité dans l'organisation des soins.

Le modèle de SCC en tension avec les logiques institutionnelles dominantes

Certains des mécanismes actuels du système de santé ne sont pas toujours compatibles avec le modèle organisationnel de la SCC. Pour commencer, la facturation *pro forma* provoque souvent des malentendus

9 Afin de justifier son budget auprès du ministère de la Santé, la clinique SCC, bien qu'elle fonctionne selon un modèle de financement global et que ses médecins soient salariés, doit convertir chaque visite médicale en équivalents d'actes médicaux. Ce processus de facturation fictive permet aux autorités de comparer, de manière approximative, le rendement de la SCC à celui des cliniques privées rémunérées à l'acte.

entre la SCC et les autorités de santé, qui se fient à ces mêmes données pour évaluer la performance des cliniques de soins primaires. De plus, les mécanismes de financement et d'évaluation des cliniques de soins primaires demeurent majoritairement encore centrés sur les médecins de famille, en contraste avec le modèle de soins multidisciplinaire de la SCC. Souvent, les financements proposés à la SCC ont pour objectif d'augmenter le nombre de médecins de famille au sein de la clinique, sans budget dédié à une augmentation proportionnelle des autres membres de l'équipe de soins. Cette approche crée un déséquilibre qui fragilise l'organisation et son modèle de soins :

Nous sommes très reconnaissants pour ce financement destiné aux médecins, mais lorsqu'il n'est pas accompagné d'un financement pour le personnel de soutien, cela crée en réalité beaucoup de défis dans l'organisation, car un médecin ne peut pas effectuer son travail sans une équipe. [...] Cela revient essentiellement à créer plus de travail pour tous les autres membres de l'organisation. Vous augmentez les demandes vers l'ergothérapie, la physiothérapie et la santé mentale, vous augmentez les demandes d'analyses de laboratoire, et vous augmentez les tâches que l'infirmière doit accomplir. Nous avons ajouté quatre médecins cet été, mais nous n'avons pas pu ajouter de personnel de soutien, faute de financement. (Direction générale de SCC)

Ce modèle de financement centré sur les médecins introduit également un système de reddition de comptes principalement basé sur des indicateurs quantitatifs, tel que le nombre de patients, d'actes médicaux ou de visites par médecin. L'accent mis sur les métriques pousse l'organisation à accroître l'accès, parfois au détriment des pratiques collaboratives, risquant d'éclipser l'approche multidisciplinaire au cœur du modèle de soins de la SCC.

Conclusion

Les défis auxquels est confrontée la SCC sont multiples et émergent à la fois d'enjeux systémiques et d'autres, liés à son statut juridique. D'une part, elle doit composer avec des contraintes structurelles telles que le sous-financement chronique du système de santé ou encore un contexte institutionnel plutôt hostile au modèle coopératif. D'autre part, son identité coopérative soulève des enjeux propres, notamment en

matière de participation démocratique des membres et de maintien d'un ancrage local fort.

Malgré les défis que cela pose, la structure de gouvernance de type coopératif présente des avantages notables à plusieurs égards. Premièrement, elle favorise une prise de décision plus démocratique et encourage la participation des usagers à la gouvernance de l'organisation. Contrairement à d'autres modèles qui se limitent à promouvoir leur participation, la gouvernance coopérative accorde aux usagers un rôle réel dans les processus décisionnels. Cela demeure particulièrement important dans un système de santé où, malgré des décennies de plaidoyer, les usagers sont encore trop souvent perçus comme de simples bénéficiaires de services, plutôt que comme des partenaires à part entière. La persistance de déséquilibres de pouvoir dans la prise de décision constitue un obstacle majeur à une participation communautaire véritablement significative. (De Weger *et al.*, 2018). La SCC, avec son modèle de gouvernance coopératif, semble avoir permis, dans une certaine mesure, de réduire les conséquences de ces asymétries en renforçant la légitimité des usagers dans les processus décisionnels.

Deuxièmement, cette implication active est essentielle pour renforcer la capacité des organisations de santé à répondre aux besoins des communautés locales (Janamian *et al.*, 2016 ; De Weger *et al.*, 2018). Comme souligné précédemment, la SCC joue aujourd'hui un rôle capital dans le paysage des soins de santé à Saskatoon, en comblant des lacunes importantes du système traditionnel et assumant une part disproportionnée de la prise en charge de la population marginalisée et vulnérable de la ville et de ses alentours. Ce rôle est bien illustré par Panayotof-Schaan (2009) qui explique que « [l]es coopératives de santé réussissent à répondre à des besoins en matière de soins que les gouvernements ne parviennent pas toujours à satisfaire efficacement » (p. 9, notre traduction). Si les coopératives ont cette capacité à combler les angles morts du système, c'est en partie grâce à leur modèle de gouvernance, qui leur permet de répondre aux besoins changeants de la communauté et de s'ajuster aux réalités du terrain. En effet, les coopératives sont des organisations qui peuvent faire preuve d'une grande capacité d'adaptation et de réactivité aux besoins de la communauté, grâce à leur engagement envers les principes de participation citoyenne.

Enfin, les coopératives jouent historiquement un rôle clé dans la prestation de services essentiels dans les petites collectivités, là où les modèles traditionnels échouent à répondre aux besoins locaux (Fulton *et al.*, 1992). Dans un contexte marqué par la pénurie de médecins et la réduction de l'offre de soins dans les milieux ruraux, le modèle coopératif pourrait représenter une solution pertinente. En mobilisant les

ressources communautaires et en favorisant une gouvernance locale, les coopératives de santé peuvent contribuer à maintenir l'accès à des services de proximité et à adapter ces services aux besoins réels des populations locales.

La reconnaissance et le soutien d'organisations comme la SCC apparaissent essentiels pour préserver une diversité organisationnelle dans l'offre de soins. Cette diversité est d'autant plus cruciale qu'un modèle unique ne peut répondre à l'ensemble des besoins, notamment dans les contextes de pénurie de médecins et de services en milieu rural. Pour assurer leur pérennité, il est donc nécessaire que les réformes du système de santé intègrent pleinement les spécificités et les contributions distinctives des coopératives, en les incluant activement dans les processus de transformation.

La SCC : embryon d'un modèle organisationnel en vogue

La SCC incarne une vision alternative de la prestation des soins, fondée sur la collaboration multidisciplinaire, la gouvernance démocratique et l'ancrage communautaire. Malgré les tensions que suscite son modèle de soins dans un système historiquement structuré autour de la rémunération à l'acte et de la centralité du rôle du médecin, et malgré un contexte institutionnel souvent indifférent, voire hostile au modèle coopératif, la SCC continue à jouer un rôle primordial dans le paysage des soins de santé à Saskatoon.

Cela mène aussi à penser que le contexte institutionnel est également, et paradoxalement, protecteur de l'embryon d'une vision d'un système de prestation médicale humaniste, démocratique et proche de la population, initialement promulgué par le gouvernement en 1962. De fait, en 1982, vingt ans après la grève médicale et la création de la SCC, l'ancien premier ministre NPD, Tommy Douglas, remarqua :

Lorsque nous avons commencé à planifier Medicare, nous avons souligné qu'il y aurait deux phases. La première phase consisterait à supprimer la barrière financière entre ceux qui fournissent le service et ceux qui en bénéficient. La deuxième phase consisterait à réorganiser et à réformer le système de prestation, ce qui est bien sûr le point le plus important. C'est la grande chose que nous n'avons pas encore faite. (Douglas, cité dans Smith, 2010, p. viii, notre traduction)

À l'heure actuelle, nombre des caractéristiques organisationnelles de la SCC sont celles d'un modèle organisationnel en vogue, telles que son

approche globale de la santé, son modèle de soins multidisciplinaire, sa réactivité aux besoins communautaires, l'engagement des usagers et son mode de financement alternatif des médecins. Ces éléments correspondent aux éléments clés de modèles de soins primaires actuellement reconnus comme plus efficaces, porteurs d'une meilleure qualité de soins et activement promus comme des solutions à la crise que traverse le système de soins primaires au Canada.

Références

- Alliance Coopérative Internationale, Identité, valeurs et principes coopératifs, [en ligne], 2025, URL : <https://ica.coop/fr/coopératives/identite-cooperative>.
- Craddock, Trent et Vayid, Naila. *Health Care Co-operatives in Canada*. Ottawa : Co-operatives Secretariat, Government of Canada, 2004.
- Darcis, Coralie, Pigeon, Marc André et Mou, Haizhen, « Family physicians' power and team-based care: Lessons from a 60-year-old primary care clinic », *Social Science and Medicine*, vol. 383, Avril 2025, DOI : [10.1016/j.socscimed.2025.118248](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2025.118248).
- Darcis, Coralie, Syed J.R., Rizvi, Spence, Cara, Kallio, Natalie, Mou, Haizhen et Pigeon, Marc-André, *Saskatoon Community Clinic: Evaluation Report*, Saskatoon, 2025.
- De Weger, Esther, Raap, Sanne, Knibbe, Mare, Van Vooren, Natascha, Luijckx, Katrien, Drewes, Hanneke, Horstman, Klasien et Baan, Caroline, « Empowering communities: drawing on evidence to build successful community engagement initiatives », *International Journal of Integrated Care*, vol. 18, n° s2, 2018, p. 133, DOI : [10.5334/ijic.s2133](https://doi.org/10.5334/ijic.s2133).
- Dees, Gregory, Anderson, Beth Battle et Wei-Skillern, Jane, « Scaling Social Impact: Strategies for spreading social innovations », *Stanford Social Innovation Review*, vol. 1, n° 4, 2004, p. 24-32, DOI : [10.48558/CNNZ-7276](https://doi.org/10.48558/CNNZ-7276).
- Fulton, Murray et Ketilson, Lou Hammond, « The Role of Cooperatives in Communities: Examples from Saskatchewan », *Journal of Agricultural Cooperation*, vol. 7, 1992, p. 15-42.
- Fulton, Murray, « Cooperatives and Member Commitment », *Finnish Journal of Business Economics*, n° 4, 1999, p. 418-437.
- Gruending, Dennis, *The First 10 Years*, Saskatoon, Community Health Services Association, 1974.
- Janamian, Tina, Crossland, Lisa et Wells, Leanne, « On the road to value co-creation in health care: the role of consumers in defining the destination, planning the journey and sharing the drive », *Medical Journal of Australia*, vol. 204, n° 7, 2016, p. S12-S14, DOI : [10.5694/mja16.00123](https://doi.org/10.5694/mja16.00123).
- Ketilson, Lou Hammond et Quennel, Michael, *Community-Based Models of Health Care: A Bibliography*, Saskatoon, 1990.
- Ketilson, Lou Hammond, Taras, Victoria et Ledin, Ashley, *Positioning the Saskatoon Community Clinic (CHSA) for the Future: A Unique Member Value Proposition*, Saskatoon, 2021.
- Marchildon, Gregory P. et Schrijvers, Klaartje, « Physician resistance and the forging of public healthcare: A comparative analysis of the doctors' strikes in Canada and Belgium in the 1960s », *Medical History*, vol. 55, n° 2, 2011, p. 203-222, DOI : [10.1017/S0025727300005767](https://doi.org/10.1017/S0025727300005767).
- McPhee, J.L., *Community Health Association Clinics: An Evaluation Covering the Period April 1, 1972 to March 31, 1973*. Research and Planning Branch, Saskatchewan Department of Public Health, 1973.
- Moch, Michael K. et Morse, Edward V., « Size, Centralization and Organizational Adoption of Innovations », *American Sociological Review*, vol. 42, n° 5, 1977, p. 716-725.

- Panayotof-Schaan, Luba, and British Columbia Institute for Co-operative Studies. « Overview of Health Co-Operatives: A Case Study Perspective Using Canadian and International Examples », *Occasional paper series (BCICS)* ; vol. 3, n° 1. Victoria, B.C. : University of Victoria, British Columbia Institute for Co-operative Studies, 2009.
- Restakis, John and Filip, Ondrej, *Enabling Policy for Health and Social Co-ops in BC*, BC-Alberta Social Economy Research Alliance (BALTA), 2008.
- Saskatchewan Health, *Community clinic study*, Policy Research and Management Services Branch, 1983.
- Saskatoon Community Clinic, *Your Healthcare Co-operative. 2024-2025 Annual Report*, 2025.
- Smith, Rochelle Elizabeth, *The relationship between Saskatchewan's co-operative community clinics and the government of Saskatchewan. Toward a new understanding*. Doctoral dissertation, University of Saskatchewan, Saskatoon, 2010.