



Comment concevoir les soins de santé dans une perspective de décroissance : l'exemple de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles, un collectif auto-organisé

Julie Coquerel^a

DOI : <https://doi.org/10.1522/revueot.v32n3.1684>

RÉSUMÉ. L'économie circulaire fait face à plusieurs enjeux : impossibilité du découplage absolu entre croissance et externalités négatives, effet rebond et faible prise en compte de la justice sociale (Calisto Friant et collab., 2020). La décroissance propose des solutions à ces défis : produire moins, partager plus, décider ensemble (Abraham, 2019). Cet article propose d'illustrer l'apport de la perspective décroissantiste aux débats concernant l'économie circulaire en prenant l'exemple du domaine de la santé. Le système de santé, axé sur le curatif et en croissance permanente, participe à la crise socioenvironnementale. La Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles se pose comme option de rechange au modèle dominant. Elle critique l'importance accordée à la santé curative par rapport à la santé préventive et défend que ce sont les conditions socioéconomiques de vie qui déterminent principalement l'état de santé des citoyens et citoyennes. La Clinique est une organisation qui se rapproche du commun, défini comme un collectif auto-organisé pour répondre aux besoins de ses membres.

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

ABSTRACT. *Circular economy faces several challenges: the impossibility of an absolute decoupling between growth and negative externalities, rebound effect, and a lack of consideration for social justice (Calisto Friant et al., 2020). Degrowth offers solutions to these challenges: producing less, sharing more, and deciding together (Abraham, 2019). This article aims to illustrate the contribution of the degrowth perspective to debates concerning circular economy, by analysing the healthcare sector. The healthcare system, focused on curative care and in constant growth, contributes to the socio-environmental crisis. The Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles, a community clinic in the Montreal area, offers an alternative to the dominant model. It criticizes the emphasis placed on curative care over preventive care, and postulates that socio-economic living conditions primarily determine the health status of citizens. The Clinic is an organization that is close to the common people, defined as a collective that self-organizes to answer the needs of its members.*

Key words: *Health system, degrowth, health commoning, community health*

Introduction

L'activité humaine menace de bouleverser de manière irréversible plusieurs des systèmes terrestres qui nous permettent de vivre (Steffen et collab., 2015). Cette année, lors des deux conventions de l'Organisation des Nations unies (ONU)

concernant respectivement le climat et la biodiversité, les États membres ont réitéré leur engagement envers la protection de la planète. Le Canada a annoncé vouloir baisser de 40 à 45 % ses émissions de gaz à effet de serre (GES) d'ici 2030. C'est une cible plus ambitieuse que celle établie en 2015 lors de l'Accord de Paris sur le climat. On peut toutefois

^a Candidate à la maîtrise, HEC Montréal

douter que cet objectif soit atteignable puisque le pays a baissé ses émissions de seulement 5 % entre 2015 et 2021 (Global Carbon Atlas, s. d.). Les stratégies mises en place jusqu'à maintenant ne semblent pas permettre d'atteindre les objectifs fixés. Ce constat n'est pas surprenant, considérant que la croissance n'est pas remise en question : les objectifs de développement durable fixés en 2015 par l'ONU entendent concilier la réduction des émissions de GES et une croissance globale du PIB. Or, ces objectifs entrent en conflit, car la croissance est incompatible avec la préservation de la planète (Hickel, 2019), ce qui s'explique par la faible probabilité qu'un découplage absolu puisse être accompli entre la croissance économique et les émissions de GES (Alexander et collab., 2018; Parriquet et collab., 2019).

Depuis que le Club de Rome a publié son rapport en 1972 sur les dangers de la croissance sur la pollution, de l'épuisement des énergies fossiles et de la destruction des écosystèmes, des chercheurs se sont penchés sur une solution, en l'occurrence la décroissance. Dans le milieu universitaire, cette idée est aujourd'hui largement étudiée, et plusieurs solutions et politiques inspirées par cette perspective sont élaborées et promues dans l'espace public (Fitzpatrick et collab., 2022; Sekulova et collab., 2013;). La décroissance a notamment été examinée à partir d'une perspective écoféministe (Shiva et Mies, 2014) et décoloniale (Hickel, 2021), bien que des interrogations demeurent quant à la surreprésentation des universitaires blancs, s'identifiant comme des hommes et établis dans le Nord global au sein du champ intellectuel décroissantiste (Dengler et Seebacher, 2019).

Lorsqu'on cherche à imaginer un monde post-croissance, la question du « comment? » se pose très rapidement : *Quelles stratégies peuvent être employées pour promouvoir la perspective décroissantiste? Quels types d'initiatives permettent de tendre vers la décroissance? Comment les modes actuels d'organisation de nos sociétés doivent être transformés pour encourager l'atteinte de cet objectif* (Demaria et collab., 2013)?

Pour réfléchir à ces questions, nous avons choisi de nous pencher sur un domaine crucial : celui de la santé. Il est effectivement probable que le vieillissement de la population et les futures crises

sanitaires, liées ou non à la crise écologique, pèseront lourdement sur un système de santé déjà surchargé avant la pandémie de COVID-19 (Núñez-Gil et collab., 2020). De plus, l'industrie de la santé est un secteur en forte croissance (Appelbaum, 2010), avec de lourds impacts écologiques (Kagoma et collab., 2012). Pour respecter les objectifs de réduction d'empreinte écologique fixés lors des divers sommets sur le climat, il est fort probable qu'il faille également réduire les impacts de l'industrie de la santé. Enfin, on peut imaginer que, dans un monde postcroissance, les finances publiques recevront moins de fonds, et nous pouvons nous demander s'il sera possible de maintenir le système de santé au niveau actuel de dépenses. Plutôt que de faire face à une impossibilité de soigner tous et toutes les patients lors d'une future crise sanitaire, démographique ou écologique, il semble important de réfléchir aux manières de concevoir les soins de santé dans une perspective de décroissance.

Si les concepts de développement durable et d'économie circulaire ont été popularisés et sont aujourd'hui connus et acceptés dans la population (Kirchherr et collab., 2017; Sauvé et collab., 2016), ce n'est pas le cas du concept de décroissance, qui est pourtant plus ancien (Charonis, 2012). Cet article propose de montrer les avantages de la perspective décroissantiste pour construire des sociétés durables et résilientes en se penchant plus particulièrement sur le cas du système de santé. Après avoir présenté pourquoi l'approche décroissantiste est privilégiée pour notre analyse, par rapport à d'autres approches telles que l'économie circulaire technocentriste, nous exposerons des arguments en faveur de la décroissance du système de santé, pour ensuite examiner, à partir d'une analyse de contenu, en quoi la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles représente un modèle d'organisation qui peut inspirer les approches décroissantistes dans le domaine de la santé.

1. Cadre théorique : économie circulaire, décroissance et santé

Cette section vise à présenter le cadre théorique sur lequel notre analyse de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles s'appuiera. Nous

définissons d'abord l'économie circulaire en précisant les rapports et les différences entre cette approche et celle promue par la décroissance. Nous étudions ensuite plus en détail la perspective décroissantiste, pour finalement montrer comment elle peut nous aider à penser l'évolution du système de santé face aux crises environnementales et sociales actuelles et à venir.

1.1 L'économie circulaire

Le gouvernement du Québec définit l'économie circulaire comme un :

système de production, d'échange et de consommation visant à optimiser l'utilisation des ressources à toutes les étapes du cycle de vie d'un bien ou d'un service, dans une logique circulaire, tout en réduisant l'empreinte environnementale et en contribuant au bien-être des individus et des collectivités. (Pôle québécois de concertation sur l'économie circulaire, cité dans RECYC-QUÉBEC, 2023, paragr. 3)

Cependant, il existe de multiples autres définitions de l'économie circulaire (Kirchherr et collab., 2017; Sauvé et collab., 2016). Afin de pouvoir naviguer à travers celles-ci, Calisto Friant et ses collègues (2020) classent en deux grandes approches les différents discours entourant l'économie circulaire : l'approche optimiste et l'approche sceptique.

Selon eux, l'*approche optimiste* table sur un découplage possible entre croissance économique et externalités négatives (GES, destruction d'écosystèmes, etc.), tandis que l'approche sceptique nie cette possibilité. L'approche optimiste comporte deux catégories. La première, plus populaire, est l'*économie circulaire technocentriste*, qui mise sur des innovations technologiques qui permettront de continuer le *business as usual* et de conserver notre mode de vie occidental. La *société circulaire réformatrice* préconise quant à elle une forme de capitalisme réformé, qui serait soutenable grâce à des innovations sociales et technologiques.

L'*approche sceptique* comporte aussi deux catégories. L'*économie circulaire « forteresse »* défend l'idée qu'il n'y a pas de solution de rechange au capitalisme et que, le découplage étant impossible, il vaut mieux s'assurer

de contrôler les ressources et les populations afin de tenter de maintenir un équilibre, malgré la surpopulation et les catastrophes écologiques. La seconde catégorie, soit la *société circulaire transformationnelle*, promeut l'idée que le capitalisme n'est pas soutenable et que le découplage absolu n'est pas possible. Il faut donc réduire l'empreinte écologique des humains en transformant les modèles de production et en sortant de la société de consommation, tout en s'assurant que tout le monde puisse vivre dans « l'abondance frugale ». La décroissance peut être associée à cette dernière catégorie (Calisto Friant et collab., 2020).

1.2 La décroissance

Les dernières années ont été marquées par une importante production intellectuelle autour de la décroissance, avec des travaux portant tant sur les modèles décroissantistes que sur les mouvements sociaux prônant une réduction contrôlée de la production et de la consommation (Rodríguez-Labajos et collab., 2019; Singh, 2019). La perspective décroissantiste utilisée dans cet article est inspirée du cadre théorique développé par Yves-Marie Abraham (2019) ainsi que des travaux portant sur les communs (Dardot et Laval, 2015; Marques et Folco, 2023).

La décroissance part du postulat qu'une croissance infinie dans un monde fini est insoutenable. En effet, selon les penseurs décroissantistes, l'exploitation des ressources – matérielles et humaines – et la marchandisation de tous les aspects de la vie mènent à la destruction de la planète, créent des injustices sociales et retirent leur autonomie aux individus (Schmelzer et collab., 2022). Au contraire, la croissance est liée à la destruction environnementale, à l'émission de GES et à l'épuisement des ressources non renouvelables (Parrique et collab., 2019).

De plus, la répartition des richesses accumulées est injuste et les personnes les plus affectées par les conséquences négatives de cette croissance sont celles qui ont le moins d'espace pour s'exprimer : Autochtones, classes populaires, populations du Sud et futures générations (Abraham, 2019). Enfin, le système de production hétéronome (industriel) prend le dessus sur le système de production

autonome (artisanal et à échelle humaine), et l'humanité perd son autonomie face aux machines et au système capitaliste (Illich, 2003).

Selon la perspective décroissantiste développée par Abraham (2019), la direction à prendre pour tenter de résoudre ces problèmes tient en trois propositions : produire moins, partager plus et décider ensemble. Pour cela, il est proposé de privilégier la communalisation, l'autoproduction, la coopération et la démocratisation. Afin d'atteindre une certaine autonomie par rapport au marché, il est primordial de valoriser le travail reproductif, c'est-à-dire les activités qui permettent directement de vivre : se nourrir, se loger, prendre soin de soi et des autres, et ainsi de suite. Il s'agit également de se réappropriier les moyens de production (Berlan, 2021) et de créer une synergie entre les moyens de production hétéronomes et autonomes (Illich, 1975a). Cela signifie que la propriété des outils de travail n'est pas confisquée par quelques-uns, mais partagée entre leurs différents utilisateurs, et que ces outils de travail se doivent d'être « conviviaux », c'est-à-dire réparables et peu énergivores. « L'être avec » (Généreux, 2008) et le *care* (Moreau, 2009) doivent donc être mis au premier plan afin de favoriser l'entraide et la solidarité. Les décisions doivent être prises démocratiquement par les personnes concernées (Rancièrè, 2005) et, de préférence, localement (Bookchin, 2019).

Pour mettre en œuvre ces principes au sein de ce qui se rapprocherait de la société circulaire transformationnelle décrite par Calisto Friant et ses collègues (2020), les approches décroissantistes invitent à miser sur les communs (Perkins, 2019). Le commun est une forme d'organisation collective avec laquelle les membres cherchent à répondre par eux-mêmes à un ou plusieurs de leurs besoins (Dardot et Laval, 2015). Les membres sont responsables des moyens mis en œuvre pour répondre à leurs besoins sans en être propriétaires. Les décisions concernant le commun sont prises démocratiquement et les rapports au sein du collectif sont basés sur l'entraide et sur la réciprocité (Abraham et Fourier, 2022).

Nous utiliserons ici les critères établis par Ostrom (2010) pour identifier un commun. Selon la chercheuse, un commun est une ressource dont la gouvernance est partagée entre les personnes qui se l'approprient. Ces ressources partagent certaines

caractéristiques : les appropriateurs font face à des situations complexes, doivent se montrer fiables et constituent un groupe assez homogène. Les règles opérationnelles diffèrent selon les cas, mais Ostrom identifie sept principes nécessaires (voir section 3.2) pour assurer la stabilité et la durabilité d'un projet de communs : 1) la propriété et l'utilisation de la ressource sont limitées en nombre d'utilisateurs; 2) différentes règles d'appropriation s'appliquent selon les communs; 3) la plupart des individus concernés par les règles opérationnelles peuvent participer à leur modification; 4) la ressource est surveillée; 5) des sanctions graduelles s'exercent envers les contrevenants; 6) des mécanismes de résolution de conflits rapides existent; et 7) les règles sont reconnues par les autorités externes.

1.3 La décroissance et la santé : revue de littérature

Afin d'illustrer les apports de la perspective décroissantiste à l'analyse du système de santé, nous offrons ici une synthèse des travaux portant sur la décroissance et la santé, en nous concentrant sur trois axes : 1) la redéfinition de notre idée de la santé, 2) le développement de l'autonomie des usagers; et 3) la diminution des ressources utilisées en santé.

Cette revue de littérature est établie sur la base d'une recherche sur le Web d'articles scientifiques en français et en anglais réalisée grâce aux bases de données *ScienceDirect* et *Google Scholar*. Elle est complétée par quelques monographies de références fréquemment citées dans les articles étudiés. Cette revue de littérature est basée sur les articles associant « décroissance » et « santé », en anglais ou en français, ainsi que tous les articles pertinents cités par ces articles ou qui ont cité ces articles. Par manque d'espace, ni l'association entre « anthropocène » et « santé » ni la littérature grise ne sont abordées ici.

Redéfinir notre idée de la santé

Pour les chercheurs ayant écrit sur le sujet, l'étape la plus importante pour instituer un système de santé en accord avec la décroissance consiste à redéfinir l'idée de la santé. Pour cela, il s'agit tout d'abord de valoriser la médecine préventive par rapport à la médecine curative (Borowy et Aillon, 2017; Missoni, 2015). De plus, les chercheurs

proposent d'adopter une approche plus sociale que biozmédicale, c'est-à-dire d'améliorer les déterminants socioéconomiques de la santé en s'appuyant sur les principes de santé publique développés dans la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (OMS, Santé et Bien-être social Canada et Association canadienne de santé publique, 1986). Cette charte invite à réduire les inégalités et à améliorer les conditions de vie et le niveau d'éducation, des facteurs ayant une incidence plus importante sur la santé que l'accès aux soins (Aillon et D'Alisa, 2020; Borowy et Aillon, 2017; Ouimet et collab., 2020). Enfin, on relève à plusieurs reprises la proposition d'adapter l'éducation du personnel médical, actuellement très hospitalo-centrée, pour que ce dernier soit moins un intermédiaire entre l'industrie pharmaceutique et les patients, et plus axé vers la médecine sociale, l'éducation au prendre soin de soi (Bednarz et Spady, 2010; Borowy et Aillon, 2017; Missoni, 2015).

Afin de rendre acceptable socialement la transition du modèle de santé actuel vers un modèle de santé décroissantiste, certaines personnes suggèrent de changer le cadre de référence pour analyser si une décision est bonne ou mauvaise. Par exemple, plusieurs chercheurs proposent de comparer la qualité des soins dans une société décroissantiste non pas avec les soins offerts actuellement, mais avec les soins offerts si cette diminution des ressources n'est pas planifiée (Bednarz et Spady, 2010; Borowy et Aillon, 2017). Cette diminution planifiée semble d'autant plus cruciale face à la tendance du système de santé à s'accroître de manière continue, et ce, même si cet accroissement peut s'avérer contre-productif pour améliorer la santé des populations concernées (Illich, 1975b).

Enfin, dans la visée d'avoir un système de santé capable de fournir des soins équitables à tous dans les années à venir et de généraliser à l'ensemble de la population mondiale des soins de qualité, certains articles mentionnent qu'il serait peut-être nécessaire de baisser nos attentes en matière d'espérance de vie et de confort (Aillon et Dal Santo, 2014; Büchs et Koch, 2019).

Développer l'autonomie des bénéficiaires

Le mouvement de la décroissance met de l'avant l'importance de développer l'autonomie des personnes, entendue non pas comme une autonomie individualiste, mais plutôt collective, basée sur la démocratie et sur l'autoproduction (Abraham, 2019). Cette autonomie implique de mettre les communautés locales au centre du processus décisionnel, en valorisant la santé communautaire (Missoni, 2015) et en mettant en place un système de gouvernance de santé qui considère la santé comme un bien commun (Borowy et Aillon, 2017).

Développer l'autonomie des bénéficiaires suppose de les placer au centre du processus décisionnel, mais également au cœur de la pratique. Cela peut passer par la promotion de la connaissance de soi ainsi que du soin de soi et des autres (Borowy et Aillon, 2017). Il ne s'agit pas d'abandonner les soins offerts par des professionnels de santé, mais bien de créer une synergie entre la production de soins autonomes et hétéronomes, c'est-à-dire entre les soins prodigués par les individus de manière autonome et ceux prodigués par le système de santé, de manière hétéronome (Illich, 1975a).

Diminuer les ressources utilisées

On a vu que les chercheurs mettent l'accent sur la diminution des besoins en mesures curatives par rapport aux mesures préventives. Cependant, les soins curatifs demeurent nécessaires. Pour réduire les ressources utilisées en santé curative, la première mesure préconisée par les décroissantistes est de retirer l'organisation de la production de médicaments et de matériel médical au secteur privé lucratif (Borowy et Aillon, 2017). La seconde mesure serait d'appliquer les préceptes de Serge Latouche au système de santé, c'est-à-dire de réduire les ressources utilisées et de recycler celles dont on ne peut pas se passer (Aillon et Dal Santo, 2014).

Pour offrir des soins de santé équitables dans un système décroissantiste, les chercheurs proposent des actions gouvernementales et citoyennes centrées sur la prévention et l'amélioration des conditions de vie; sur l'autonomisation des personnes et des collectivités; et sur la diminution des ressources mobilisées pour les soins (Büchs et Koch, 2019). L'idée générale

est de diminuer les besoins en soins curatifs afin de faire baisser la demande en ressources humaines, matérielles et énergétiques (Missoni, 2015).

2. Domaine de la santé

Cette section offre une analyse du domaine de la santé au Québec à travers la lentille critique décroissantiste développée par Abraham (2019). Notre analyse se concentre sur quatre axes : 1) le caractère insoutenable du système de santé sur les plans environnemental et économique; 2) les injustices qui le traversent; 3) la perte d'autonomie qui lui est associée; et 4) les défis provoqués par des besoins croissants.

2.1 Un système insoutenable

2.1.1 Sur le plan environnemental

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

Cependant, Eckelman et ses collègues (2018) estiment que les émissions carbone du système de santé canadien sont responsables de 4,6 % des émissions totales dans le pays. Entre 2009 et 2014, elles sont passées de 29,6 millions de tonnes carrées de CO² par an à 33 millions de tonnes carrées par an, soit une augmentation de 10,3 %. En plus de leurs effets néfastes pour l'environnement, ces émissions sont responsables de la perte de 4100 à 23 000 années de vie en bonne santé.

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

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

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

2.1.2 Sur le plan économique

Depuis 1975, le pourcentage du PIB représentant les dépenses en santé ne cesse d'augmenter, passant de 7 % en 1975 à 11,6 % en 2019 (ICIS, 2019). Ces dépenses sont largement assumées par le secteur public, qui a pris en charge 70 % des dépenses en santé entre 2012 et 2019, avec une augmentation de ce pourcentage à 75 % avec la pandémie (Allin et collab., 2022). La part du budget des provinces et territoires alloué aux dépenses de santé entre 1993

et 2017 est passée de 32 % à 37 % (ICIS, 2019). Elle s'établit aujourd'hui en moyenne à 40 % (Allin et collab., 2022).

Au Québec, le taux de croissance des dépenses en santé augmente avec les années. Ainsi, entre 2000 et 2016, on observe une croissance annuelle de 4,7 % en moyenne (Clavet et collab., 2022). Les dépenses annuelles du gouvernement sont passées, entre 2009-2010 et 2021-2022, d'environ 20 G\$ à plus de 40 G\$ (Ministère des Finances, 2023). Les projections budgétaires concernant l'évolution des dépenses en santé nécessaires ne permettent pas aujourd'hui de prévoir un accès aux soins pour les générations futures qui soit comparable à celui dont les générations actuelles bénéficient (St-Maurice et collab., 2021).

2.2 Un système injuste

Investissement en santé publique

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

sport, bien manger, moins boire et moins fumer), sans accorder une attention particulière aux inégalités sociales et à leurs conséquences sur la santé des personnes et des communautés marginalisées (Plourde, 2021).

Pourtant, d'après l'Institut national de santé publique du Québec, les facteurs biologiques ne jouent que pour 15 % sur la santé des personnes et le système de soins pour 25 %, tandis que l'environnement social et économique joue pour 50 % sur la santé des individus (INSPQ, 2018). Le revenu et le niveau de scolarisation influent sur la longueur de l'espérance de vie (EV) des personnes, et bien que l'EV ne cesse de s'allonger pour toutes les classes de la société, les écarts entre les différents quintiles se sont accentués (Bushnik et collab., 2020). En 2012-2013, la mortalité prématurée du groupe le plus défavorisé (dernier quintile sur le plan des conditions matérielles et sociales) est presque deux fois supérieure à celle du groupe le plus favorisé (premier quintile). Si l'ensemble de la population avait le taux de mortalité prématurée du groupe favorisé, cela représenterait 6000 morts en moins par année et une diminution de 29 % du nombre de morts prématurées (INSPQ, 2018). La longueur de l'espérance de vie en bonne santé (EVBS) est également liée aux conditions socioéconomiques d'une personne : plus une personne est éduquée et/ou à l'aise matériellement, plus son EVBS est élevée. En 2011-2012, la différence entre le groupe favorisé et le groupe défavorisé était de 9,7 ans pour les hommes et de 7,5 ans pour les femmes : l'EVBS du groupe favorisé est supérieure de 10 % à celle du groupe défavorisé. Cette inégalité est constante à travers les années, mais, si l'ensemble de la population atteignait l'EVBS du groupe favorisé, les hommes seraient capables de vivre en santé jusqu'à 78 ans au lieu de 73 ans, et les femmes de vivre en santé jusqu'à 80 ans au lieu de 77 ans (INSPQ, 2018).

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

Accès aux soins

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

2.3 Une perte d'autonomie

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

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

pour s'assurer que tout va bien, et les visites de suivi de croissance ou gynécologique régulier devraient être effectuées par des professionnels autres que des médecins (Vadeboncoeur, 2022).

2.4 Les défis provoqués par des besoins croissants

2.4.1 Le vieillissement de la population

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

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

2.4.2 La croissance de l'industrie de la santé

L'industrie de la santé est un tout complexe qu'il est difficile d'appréhender dans son ensemble. Elle se développe différemment selon les régions, mais elle suit des tendances communes. La ligne

est floue entre les secteurs public et privé dans cette industrie. D'une part, elle est très soutenue par les gouvernements grâce à des investissements en recherche, en infrastructures et comme principal client du programme d'assurance maladie (Hébert et collab., 2017; Plourde, 2021). D'autre part, elle réalise des profits extraordinaires depuis trois décennies. La rentabilité de l'investissement semble illimitée : une société ne sera jamais assez en santé et n'arrivera jamais à court de maladies nécessitant des traitements (Loeppky, (2010).

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

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

3. Exemple de commun : la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles

Pour mettre en place un système de santé qui puisse s'inscrire dans une société circulaire transformationnelle et qui soit à la fois soutenable, équitable et démocratique, les décroissantistes proposent de valoriser la création de *communs*. Comment cela pourrait-il s'appliquer au domaine de la santé? Nous soutenons que la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles, située à Montréal, constitue un exemple de commun en santé et offre des éléments de réponse à cette question.

Pour réaliser cette recherche, nous avons opté pour une analyse de contenu (Jauch et collab., 1980) en utilisant plusieurs monographies et articles scientifiques traitant de la Clinique ainsi que des données sur le quartier dans lequel elle exerce ses activités. Nous avons également étudié les rapports de gestion publique et les rapports annuels des cinq dernières années de la Clinique, son code d'éthique, son plan d'organisation, son règlement de régie interne, son site Internet et son formulaire d'adhésion des membres. Nous avons aussi rencontré de manière informelle une organisatrice communautaire de la Clinique, ce qui nous a permis de vérifier si notre interprétation des documents était conforme avec son analyse de la situation.

L'analyse de ces divers documents, au regard des critères repérés par Ostrom (2010) sur ce qui définit un commun, nous permettra de commencer à établir si la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles constitue un commun de santé. Cette réponse devra cependant être complétée dans un second temps par une enquête de terrain.

3.1 L'historique, le fonctionnement actuel et le contexte d'intervention

Historique

À la fin des années 1960, durant la Révolution tranquille, des comités de citoyens se mobilisent dans les quartiers populaires pour améliorer leurs

conditions d'existence (Baillergeau, 2007). Inspirés par les *free clinics* et par l'approche de santé communautaire états-uniennes, certains médecins et étudiants en médecine décident de remettre en cause le modèle de la médecine libérale, c'est-à-dire du paiement à l'acte et de la hiérarchie du domaine médical (Mariette et Pitti, 2021). Issue de ce mouvement, la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles voit le jour en 1968, à l'initiative d'étudiants en médecine, en soins infirmiers et en sociologie de McGill préoccupés par l'absence de services de santé dans le quartier.

L'approche en santé de la Clinique critique l'importance accordée à la santé curative par rapport à la santé préventive. Pour les défenseurs du modèle de santé communautaire, les conditions socioéconomiques de vie déterminent l'état de santé des citoyens, plutôt que l'accès à un médecin. Ils remettent en question le rôle prépondérant du médecin dans les soins de santé ainsi que la reconnaissance sociale et économique que ceux-ci obtiennent. Ainsi, ils préconisent une déprofessionnalisation et une démocratisation de la médecine. Cela implique notamment de former les citoyens à accomplir certains actes médicaux, de donner plus de responsabilités aux infirmières, de prendre des décisions collectivement ainsi que de rémunérer les personnes en fonction de leur charge de travail et de leurs besoins familiaux (Plourde, 2013).

Le gouvernement s'inspire du modèle des cliniques communautaires pour créer les centres locaux de services communautaires (CLSC). La Clinique réussit à obtenir le statut de CLSC, tout en conservant son indépendance : elle continue à être gérée par les citoyens. Pour gagner en force lors des négociations avec le gouvernement, les travailleurs créent un syndicat, ce qui marque le début de l'institutionnalisation. Des tensions émergent lorsque le syndicat défend les intérêts des travailleurs et travailleuses, qui ne vont pas tous dans le même sens. Les augmentations salariales et la disparition de certains services créent des frictions avec les citoyens. Les médecins sont moins bien payés que dans les CLSC, et la différence entre leur salaire et les revenus liés aux paiements à l'acte est destinée à réduire le coût des médicaments ou à instaurer des projets

novateurs pour le quartier. De plus, au cours des années 1970, des tensions naissent entre des travailleurs, qui sont aussi des militants anticapitalistes, et les citoyens, qui se sentent instrumentalisés par les militants. Au début des années 1980, les médecins de la Clinique sont de plus en plus mécontents et démissionnent en bloc. La rétention des médecins devient alors un enjeu (Le Collectif CourtePointe, 2006).

Cependant, malgré les difficultés et les tensions internes et externes, la Clinique continue son travail novateur. Les travailleurs sortent dans la rue et dans les parcs pour faire de la prévention et du dépistage. De ce fait, ils prennent la mesure des mauvaises conditions de vie des citoyens. En travaillant en collaboration avec les autres organismes du quartier, la Clinique aide les comités de citoyens à s'organiser et soutient la création de groupes qui luttent dans des domaines tels que l'éducation, le logement et la jeunesse. La Clinique devient un incubateur de projets de prévention en santé : soins dentaires, soins des yeux, pharmacie communautaire, etc. Les médecins et infirmières couvrent certains actes médicaux simples effectués par des travailleurs du quartier, comme des prises de sang (Le Collectif CourtePointe, 2006).

Depuis la création de la Clinique, son statut est régulièrement mis en question par le gouvernement. Aussi, l'octroi des fonds gouvernementaux met en péril la souveraineté du conseil d'administration citoyen, qui doit accommoder les directives gouvernementales, mais c'est la condition pour que la Clinique puisse continuer à être autonome. Il est intéressant de noter que, bien qu'étant un modèle international, la Clinique doit continuer, sur son propre territoire, à prouver constamment sa légitimité (Basson, 2022).

Fonctionnement actuel

Fonctionnant au départ avec 17 employés, la Clinique en compte aujourd'hui environ 140 : personnel médical, administratif, etc. (Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles, 2021c). Elle offre des services médicaux de première ligne : consultations médicales auprès de médecins et d'infirmières; dépistages; prélèvements et prises de

sang; vaccinations; santé des femmes (contraception, suivi de grossesse, examens gynécologiques); soutien psychosocial (groupe contre l'anxiété, groupe de soutien pour les proches aidants, ligne d'écoute et écoute sur place); santé des jeunes (services d'intervention sociale, hygiénistes dentaires, santé sexuelle, autres); et soutien à domicile.

La Clinique est également très impliquée dans diverses luttes en santé (élargissement de l'accès aux soins bucco-dentaires et de santé mentale) et dans l'amélioration des conditions de vie socio-économiques de la population du quartier, grâce à un travail en partenariat avec divers organismes communautaires locaux (Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles, 2023b). Elle fonctionne avec un budget d'environ 11 M\$, provenant presque exclusivement du MSSS (Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles, 2023a).

Contexte d'intervention

Située dans le sud-ouest de Montréal, Pointe-Saint-Charles est un quartier mesurant 4,5 km². Sa population est aujourd'hui composée d'environ 15 000 personnes; elle est plus jeune que sur le reste de l'île de Montréal. En effet, les 20-44 ans représentent 46 % de sa population, contre 38 % dans le reste de l'île, tandis que les personnes de 65 ans et plus représentent uniquement 12 % de sa population, contre 18 % sur le reste de l'île).

Constituée en plus grande partie de personnes d'origine québécoise (78 % contre 67 % à Montréal), elle est également plus pauvre : 14% des personnes vivent sous le seuil de faible revenu, contre 11 % à Montréal. Le nombre de familles monoparentales y est aussi plus élevé : 44 % contre 33 % (Direction régionale de santé publique, 2023). Le quartier est en processus d'embourgeoisement (*gentrification*) et on observe une disparité socioéconomique de plus en plus importante entre les différents ménages (RIL et Action Gardien, 2021).

3.2 La Clinique, un commun de santé?

Afin de déterminer si la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles peut être considérée

comme un commun de santé, nous avons effectué une analyse de contenu basée sur les sept critères identifiés par Elinor Ostrom (2010) pour identifier les communs.

La propriété et l'utilisation de la ressource sont limitées en nombre d'utilisateurs et utilisatrices

La Clinique est un organisme à but non lucratif (OBNL) depuis le 2 juillet 1970 (Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles, 2021b), ce qui signifie qu'elle n'est pas la propriété de ses utilisateurs. Elle a cependant des membres qui sont classés en trois catégories :

- *Les membres actifs* : ils doivent habiter à Pointe-Saint-Charles, adhérer à la mission de la Clinique, être majeurs, participer à au moins une activité par année et demander à devenir membres;
- *Les membres observateurs* : Ils travaillent à la Clinique, mais n'habitent pas le quartier. Ils doivent adhérer aux objectifs de la Clinique et faire la demande d'adhésion au CA. Les groupes communautaires exerçant sur le territoire de Pointe-Saint-Charles et adhérant aux objectifs de la Clinique peuvent également devenir membres observateurs, s'ils en font la demande au CA. Les utilisateurs de la Clinique doivent simplement habiter à Pointe-Saint-Charles (Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles, 2021a);
- *Les membres honoraires* : Ils sont nommés par le CA en reconnaissance de leur apport à la Clinique.

Les deux dernières catégories de membres peuvent prendre la parole lors des assemblées, mais ne peuvent pas prendre part aux votes. Concernant l'utilisation de la Clinique, elle est réservée aux résidents de Pointe-Saint-Charles (Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles, 2021b).

Différentes règles d'appropriation s'appliquent selon les communs

Les règles pour devenir membre sont spécifiques à la Clinique, mais celles qui définissent si quelqu'un peut avoir accès ou non aux services sont définies selon la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS) (Clinique communautaire Pointe-Saint-Charles, 2018).

La plupart des individus concernés par les règles opérationnelles peuvent participer à leur modification

On peut diviser les individus concernés par les règles opérationnelles en deux catégories : les utilisateurs et les employés. Depuis sa création, la Clinique est gérée par les citoyens. La gestion démocratique et la mobilisation citoyenne sont au cœur de ses préoccupations. Les utilisateurs peuvent devenir *membres actifs* et, donc, prendre part au processus décisionnel concernant la Clinique à travers leur participation à l'assemblée générale, au CA ou au sein des divers comités de travail (p. ex., le comité de lutte en santé, le comité des membres, le comité des usagers). Chaque année, les priorités annuelles sont définies par les citoyens.

Concernant la gestion interne, la Clinique était au départ autogérée, mais fonctionne aujourd'hui en gestion participative. Cela signifie que les employés peuvent également participer à des comités de travail sur divers sujets (p. ex., la formation, les stages, les relations de travail, etc.) pour prendre part aux décisions (Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles, 2021c). La plupart des individus concernés par les règles opérationnelles peuvent participer à leur modification, mais la Clinique reste assujettie à la LSSSS (Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles, 2018).

La ressource est surveillée

Plusieurs dispositifs assurent la bonne gestion de la Clinique. Premièrement, des rapports de gestion sont présentés chaque année aux membres lors de l'assemblée générale annuelle. Aussi, l'assemblée désigne un vérificateur pour s'assurer que les états financiers sont exacts. La Clinique est dirigée par un CA, lui-même surveillé par trois comités aux fonctions différentes :

- *Le comité de gouvernance, éthique et amélioration continue* : Composé de membres indépendants au CA, il s'assure de la saine gouvernance du CA selon des critères élaborés avec lui;
- *Le comité de vérification* : Il est composé de membres indépendants, dont au moins une personne avec des compétences comptables. En collaboration avec le vérificateur nommé

par l'assemblée, le comité de vérification s'assure que les états financiers sont respectés et que de bons mécanismes de contrôle existent par rapport au budget;

- *Le comité de vigilance, qualité et gestion des risques* : Composé d'employés, d'usagers, du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services ainsi que de la coordination générale, il s'assure de la qualité des services offerts (Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles, 2018).

Des sanctions graduelles s'exercent envers les contrevenants

La Clinique a plusieurs règlements : le code de régie interne, le code d'éthique ainsi que plusieurs politiques (p. ex., l'allaitement maternel, les stages, etc.). Les procédures ne sont pas les mêmes en fonction de qui contrevient aux règlements; par exemple, s'il s'agit d'un membre, d'un utilisateur ou d'un employé, et si cet employé est un médecin ou non.

Concernant les membres, si un membre ne remplit pas ses obligations, c'est-à-dire ne respecte pas les règlements de l'organisme, agit contre les intérêts de l'organisme ou ne participe à aucune activité liée à la Clinique pendant deux ans, cette personne peut se voir notifier par écrit que son comportement est problématique. Le Conseil peut ensuite suspendre l'adhésion du membre ou complètement l'exclure.

En cas de non-respect des règles par un employé, le problème est traité par le Service des ressources humaines. Bien que les sanctions ne soient pas les mêmes selon la personne impliquée (membre, employé), il existe effectivement des étapes graduelles menant éventuellement à l'exclusion du contrevenant hors du commun. Cette exclusion n'influence toutefois pas l'utilisation des services de la Clinique par les contrevenants, car la qualité de membre est indépendante de celle d'utilisateur (Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles, 2021b).

Des mécanismes de résolution de conflits rapides existent

Plusieurs mécanismes de résolution de conflits existent. Le CA désigne un commissaire local aux

plaintes et à la qualité des services, qui est responsable de consigner et de traiter les plaintes des usagers.

Pour les conflits entre les employés, un comité a rédigé un guide intitulé *Respect et civilité en milieu de travail : pour un environnement de travail sain et dynamique!* Il indique plusieurs méthodes de résolution de conflits, avec la précision qu'il est toujours possible de faire remonter un conflit auprès du Service des ressources humaines (Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles, 2015).

Les règles sont reconnues par les autorités externes

La Clinique est assujettie à la LSSSS et est financée presque entièrement par le MSSS. En tant qu'OBNL ayant le statut spécial de CLSC, elle doit régulièrement signer une convention avec le MSSS afin de bénéficier de son financement (Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles, 2018). Cette convention assure la reconnaissance des règles de la Clinique par les autorités externes.

4. Résultats et discussion

La Clinique répond à plusieurs critères qui caractérisent les communs selon Elinor Ostrom (2010). Si la question de la propriété ne s'applique pas vraiment à la Clinique étant donné son statut d'OBNL, son nombre d'utilisateurs est effectivement limité. À travers leur présence à l'assemblée générale annuelle et leur implication au sein des divers comités, la plupart d'entre eux peuvent participer à la modification des règles opérationnelles. Cependant, puisque la Clinique est assujettie à la LSSSS, dépend presque entièrement de fonds gouvernementaux et doit donc constamment négocier des conventions avec le MSSS pour pouvoir continuer à assurer ses activités, cela nuance l'importance du pouvoir décisionnel des citoyens au sein de la Clinique.

Les aspects relatifs à la surveillance de la ressource et aux sanctions graduelles envers les contrevenants semblent solides selon l'analyse de contenu, mais il est difficile de bien cerner cette dimension en se basant seulement sur l'analyse des rapports de gestion.

Enfin, les règles sont bien reconnues par les autorités externes. À la lumière de cette première

analyse, nous pouvons penser que la Clinique constitue bel et bien un commun de santé.

Bien sûr, la Clinique n'est pas un commun parfait : étant subventionnée par le gouvernement, elle ne peut pas être complètement autonome et les services fournis sont assurés par des personnes salariées, ce qui limite l'aspect autoproduit. De plus, les critères employés ici sont ceux qui ont été proposés par Ostrom (2010). Or, il importe de souligner qu'il existe d'autres critères, comme ceux élaborés par Federici (2022) ou encore par Shiva et Mies (2014). Selon ces critères, la Clinique s'éloignerait peut-être beaucoup plus d'un commun.

De plus, la prévention et la promotion de la santé sont au cœur de la mission de la Clinique. Celle-ci travaille en partenariat avec les différents groupes communautaires du quartier et est dirigée par les citoyens. En cherchant à améliorer les conditions sociomatérielles des citoyens et à promouvoir de saines habitudes de vie, la Clinique travaille à diminuer les besoins en soins curatifs de sa population et, donc, la production de produits de soins et les externalités négatives qui lui sont liées (Dufour et Guay, 2019).

Il est intéressant de noter l'importance de l'amélioration des conditions de vie socioéconomiques et de l'autonomisation des usagers dans la mission de la Clinique, qui indique que, même si elle ne se qualifie pas comme un commun, elle s'insère très bien dans la perspective décroissantiste par rapport à la santé relevée dans la littérature, notamment en ce qui a trait à la valorisation des concepts de santé publique et à l'autonomisation des usagers (Borowy et Aillon, 2017; Missoni, 2015).

Conclusion

Cet article met en lumière comment la décroissance peut être considérée comme une branche particulièrement féconde au sein de l'économie circulaire, qui se distingue de perspectives telles que le technocentrisme et le réformisme. Nous avons illustré notre propos avec l'exemple du système de santé, ce qui nous a permis de souligner les apports de la critique décroissantiste et son volet plus programmatique (D'Alisa et Kallis, 2020), d'abord en présentant

l'intérêt de faire décroître un organe si essentiel à notre société, puis en montrant, à partir de l'exemple de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles, comment certaines organisations proposent des modèles alternatifs.

Limites

Sans être un modèle de commun parfait, la Clinique montre que, loin d'être de simples utopies, des modèles d'organisation compatibles avec la décroissance existent et perdurent (Abraham et Fourier, 2023). Cependant, cette analyse de contenu est une première étape de travail et devra être suivie par une enquête de terrain pour être complète.

Pistes de recherche

Il ne s'agit que d'un travail exploratoire sur le sujet, auquel pourrait succéder une revue de littérature sur les propositions des penseurs décroissantistes par rapport au système de santé. Il serait également intéressant d'effectuer une recherche sur le rapport qu'entretiennent les citoyens de Pointe-Saint-Charles avec la Clinique : sentent-ils vraiment qu'ils peuvent s'impliquer dans la gouvernance de cet organisme de plus en plus institutionnalisé, à l'instar du système de santé plus largement au Québec (Plourde, 2021)? Une enquête de terrain et des entrevues permettraient de comprendre les facteurs qui motivent les citoyens à devenir des bénéficiaires de la Clinique et à s'engager en tant que membres, en contribuant ainsi aux études sur les stratégies de pérennisation des communs et des initiatives collectives émancipatrices (Lachapelle et Marques, 2023).

RÉFÉRENCES

- Abraham, Y.-M. (2019). *Guérir du mal de l'infini : produire moins, partager plus, décider ensemble*. Écosociété.
- Abraham, Y.-M. et Fourier, A. (2022). Milton Parc, atelier de la décroissance. *Revue canadienne de recherche sur les OSBL et l'économie sociale*, 13(1), 83-95. <https://doi.org/10.29173/cjnsr525>
- Abraham, Y.-M. et Fourier, A. (2023). Mais vous êtes donc communiste? Complément d'enquête sur les communs. *Recherches sociographiques*, 64(1), 201-227. <https://doi.org/10.7202/1100579ar>
- Aillon, J.-L. et D'Alisa, G. (2020). Our affluence is killing us: What degrowth offers health and wellbeing. Dans K. Zywert et S. Quilley (dir.), *Health in the Anthropocene: Living well on a finite planet* (p. 306-322). University of Toronto Press.
- Aillon, J.-L. et Dal Santo, E. (2014, 3 septembre). *Health and degrowth: A new paradigm in the field of sustainability* [Communication orale]. 4^e Conférence internationale Degrowth for Ecological Sustainability and Social Equity, Leipzig (Allemagne). https://nmhep.org/wp-content/uploads/Degrowth2014_Aillon_Health_Health-and-Degrowth-a-new-paradigm-in-the-field-of-sustainability-short-pdf
- Alexander, S. et Yacoumis, P. (2018). Degrowth, energy descent, and 'low-tech' living: Potential pathways for increased resilience in times of crisis. *Journal of cleaner production*, 197, 1840-1848. <https://doi.org/10.1016/j.jclepro.2016.09.100>
- Allin, S., Champagne, C., Denis, J.-L. et Smith, R. (2022). *L'organisation de la santé publique au Québec, en Nouvelle-Écosse, en Ontario, en Alberta et en Colombie-Britannique*. Commissaire à la santé et au bien-être, Gouvernement du Québec. https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2022/Rapportfinal_Mandat/RapportAssocies/CSBE-Rapport_organisation_sante_publique_QC_hors_QC.pdf
- Appelbaum, K. (2010). Marketing global health care: the practices of big pharma. *Socialist Register*, 46, 84-101. <https://socialistregister.com/index.php/srv/article/view/6765/3918>
- Arya, N. A. et Piggott, T. (2018). *Under-served: Health determinants of indigenous, inner-city, and migrant populations in Canada*. Canadian Scholars Press.
- Baillergeau, É. (2007). Organisation communautaire et pratique professionnelle au Québec : nouveaux défis, nouvelles problématiques. *Informations sociales*, 143(7), 98-107. <https://doi.org/10.3917/inso.143.0098>

- Basson, J. (2022). Bernard Marrot, Politique d'organisation du système de santé en France, L'Harmattan, 2022, 599 p. [Recension]. *Revue française d'administration publique*, 183(3), 936-944. <https://doi.org/10.3917/rfap.183.0295>
- Bednarz, D. et Spady, D. (2010). Sustainable medicine: An issue brief on medical school reform. *Health After Oil* [Blogue]. <https://healthafteroil.wordpress.com/2010/05/25/sustainable-medicine-an-issue-brief-on-medical-school-reform>
- Berlan, A. (2021). *Terre et liberté : la quête d'autonomie contre le fantasme de délivrance*. La lenteur.
- Borowy, I. et Aillon, J.-L. (2017). Sustainable health and degrowth: Health, health care and society beyond the growth paradigm. *Social Theory & Health*, 15, 346-368. <https://doi.org/10.1057/s41285-017-0032-7>
- Bookchin, M. (2019). *Pouvoir de détruire, pouvoir de créer. Vers une écologie sociale et libertaire*. Échappée (L).
- Büchs, M. et Koch, M. (2019). Challenges for the degrowth transition: The debate about wellbeing. *Futures*, 105, 155-165. <https://doi.org/10.1016/j.futures.2018.09.002>
- Bushnik, T., Tjepkema, M. et Martel, L. (2020). *Socioeconomic disparities in life and health expectancy among the household population in Canada*. Statistique Canada, Gouvernement du Canada. https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/82-003-x/2020001/article/00001-eng.pdf?st=9TP4se_G
- Calisto Friant, M., Vermeulen, W. J. et Salomone, R. (2020). A typology of circular economy discourses: Navigating the diverse visions of a contested paradigm. *Resources, Conservation & Recycling*, 161, 104917. <https://doi.org/10.1016/j.resconrec.2020.104917>
- Charonis, G. K. (2012, 24 septembre-21 octobre). *Degrowth, steady state economics and the circular economy: Three distinct yet increasingly converging alternative discourses to economic growth for achieving environmental sustainability and social equity* [Communication orale]. Conférence de la World Economic Association, Bristol, Royaume-Uni. <https://sustainabilityconference2012.weaconferences.net/papers/degrowth-steady-state-economics-and-the-circular-economy-three-distinct-yet-increasingly-converging-alternative-discourses-to-economic-growth-for-achieving-environmental-sustainability-and-social-equity>
- Clavet, N.-J., Fonseca, R., Michaud, P.-C. et Navaux, J. (2022). *Mieux comprendre la croissance structurelle des dépenses publiques de santé au Québec* [Note d'analyse n° 2022-0]. Chaire de recherche sur les enjeux économiques intergénérationnels. <https://creci.ca/wp-content/uploads/2022/01/note-analyse-2022-1.pdf>
- Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles. (2015). *Respect et civilité en milieu de travail : pour un environnement de travail sain et dynamique!* https://ccpsc.qc.ca/wp-content/uploads/2019/11/code%20de%20civilit%C3%A9%202015_final.pdf
- Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles. (2018). *Plan d'organisation*. https://ccpsc.qc.ca/wp-content/uploads/2019/11/2018-11-07_Plan%20dorganisation_Final%20avec%20ISBN_0.pdf
- Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles. (2021a). *Devenir membre de la Clinique : adhésion et implication*. <https://ccpsc.qc.ca/wp-content/uploads/2021/09/Formulaire-adhesion-membre-2021.pdf>
- Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles. (2021b). *Règlement de régie interne*. <https://ccpsc.qc.ca/wp-content/uploads/2022/04/2021-09-22-Reglements-de-regie-interne-CCPSC.pdf>
- Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles. (2021). *Rapport annuel 2020-2021*. https://ccpsc.qc.ca/wp-content/uploads/2021/07/Rapport-annuel-de-gestion-2020-2021_CCPSC.pdf
- Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles. (2023a). *Rapport annuel 2022-2023*. https://ccpsc.qc.ca/wp-content/uploads/2023/06/Rapport_annuel_citoyen_2022-2023_Web.pdf
- Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles. (2023b). *Ressources offertes*. <https://ccpsc.qc.ca/fr/category/services-fr>
- D'Alisa, G. et Kallis, G. (2020). Degrowth and the State. *Ecological Economics*, 169, 106486. <https://doi.org/10.1016/j.ecolecon.2019.106486>
- Dardot, P. et Laval, C. (2015). *Commun : essai sur la révolution au XXI^e siècle*. La Découverte.
- Demaria, F., Schneider, F., Sekulova, F. et Martinez-Alier, J. (2013). What is degrowth? From an activist slogan to a social movement. *Environmental Values*, 22(2), 191-215. <https://doi.org/10.3197/096327113X13581561725194>

- Dengler, C. et Seebacher, L. M. (2019). What about the global south? Towards a feminist decolonial degrowth approach. *Ecological Economics*, 157, 246-252. <https://doi.org/10.1016/j.ecolecon.2018.11.019>
- Direction régionale de santé publique. (2023, 20 juin). *Conditions démographiques, culturelles et socio-économiques : CLSC Pointe-Saint-Charles*. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.
[ChiffresCles-DemSocioEcon-CLSC-06314.pdf \(santemontreal.qc.ca\)](#)
- Dufour, P. et Guay, L. (2019). *Qui sommes-nous pour être découragées? Conversation militante avec Lorraine Guay*. Écosociété.
- Eckelman, M. J. et Sherman, J. (2016). Environmental impacts of the US health care system and effects on public health. *PLOS ONE*, 11(6), e0157014. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0157014>
- Eckelman, M. J., Sherman, J. D. et MacNeill, A. J. (2018). Life cycle environmental emissions and health damages from the Canadian healthcare system: An economic-environmental-epidemiological analysis. *PLOS Medicine*, 15(7), e1002623. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002623>
- Federici, S. (2022). *Réenchâter le monde. Le féminisme et la politique des communs*. Éditions Entremonde.
- Fitzpatrick, N., Parrique, T. et Cosme, I. (2022). Exploring degrowth policy proposals: A systematic mapping with thematic synthesis. *Journal of Cleaner Production*, 365, 132764. <https://doi.org/10.1016/j.jclepro.2022.132764>
- Généreux, J. (2008). *La dissociété*. Le Seuil.
- Global Carbon Atlas. (s. d.). *CO₂ emissions*. <https://emissions.globalcarbonatlas.org/index.php>
- Hébert, G., Sully, J.-L. et Nguyen, M. (2017). *L'allocation des ressources pour la santé et les services sociaux au Québec : état de la situation et propositions alternatives*. Institut de recherche et d'informations socioéconomiques. <https://iris-recherche.qc.ca/publications/allocation-des-ressources-pour-la-sante-et-les-services-sociaux-au-quebec-etat-de-la-situation-et-propositions-alternatives>
- Hickel, J. (2019). The contradiction of the sustainable development goals: Growth versus ecology on a finite planet. *Sustainable Development*, 27(5), 873-884. <https://doi.org/10.1002/sd.1947>
- Hickel, J. (2021). The anti-colonial politics of degrowth. *Political Geography*, 88, 102404. <https://doi.org/10.1016/j.polgeo.2021.102404>
- Hwang, U. et Morrison, R. S. (2007). The geriatric emergency department. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(11), 1873-1876. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2007.01400.x>
- Illich, I. (1975a). *Némésis médicale*. Éditions du Seuil.
- Illich, I. (1975b). Clinical damage, medical monopoly, the expropriation of health: Three dimensions of iatrogenic tort. *Journal of Medical Ethics*, 1(2), 78-80. <https://doi.org/10.1136/jme.1.2.78>
- Illich, I. (2003). *Œuvres complètes. Volume 1* Fayard.
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). (2019). *Tendances nationales des dépenses de santé 1975 à 2019*. <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/nhex-trends-narrative-report-2019-fr.pdf>
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2018). *Les inégalités sociales de santé au Québec : l'espérance de vie en bonne santé*. <https://www.inspq.qc.ca/santescopes/suivre-les-inegalites-sociales-de-sante-au-quebec/esperance-vie-bonne-sante>
- Jauch, L. R., Osborn, R. N. et Martin, T. N. (1980). Structured content analysis of cases: A complementary method for organizational research. *Academy of Management Review*, 5(4), 517-525. <https://www.jstor.org/stable/257457>
- Kagoma, Y., Stall, N., Rubinstein, E. et Naudie, D. (2012). People, planet and profits: The case for greening operating rooms. *Canadian Medical Association Journal*, 184(17), 1905-1911. <https://doi.org/10.1503/cmaj.112139>
- Kergoat, M., Dupras, A., Juneau, L., Bourque, M. et Boyer, D. (2010). *Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier : cadre de référence*. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000697>

- Kirchherr, J., Reike, D. et Hekkert, M. (2017). Conceptualizing the circular economy: An analysis of 114 definitions. *Resources, Conservation & Recycling*, 127, 221-232. <https://doi.org/10.1016/j.resconrec.2017.09.005>
- Lachapelle, M. D. et Marques, D. F. (2023). Communs et autogestion : redécouvrir les pratiques émancipatoires du Québec des années 1960-1980. *Recherches sociographiques*, 64(1), 29-61. <https://doi.org/10.7202/1100573ar>
- Le Collectif CourtePointe (2006). *Pointe-Saint-Charles : un quartier, des femmes, une histoire communautaire*. Éditions du Remue-Ménage.
- Loeppky, R. (2010). Certain wealth: Accumulation in the health industry. *Socialist Register*, 46, 59-83.
- MacNeill, A. J., Hopf, H., Khanuja, A., Alizamir, S., Bilec, M., Eckelman, M. J., Hernandez, L., McGain, F., Simonsen, K., Thiel, C., Young, S., Lagasse, R. et Sherman, J. D. (2020). Transforming the medical device industry: Road map to a circular economy. *Health Affairs*, 39(12), 2088-2097. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2020.01118>
- Mariette, A. et Pitti, L. (2021). Subvertir la médecine, politiser la santé en quartiers populaires : dynamiques locales et circulations transnationales de la critique sociale durant les années 1970 (France/Québec). *Actes de la recherche en sciences sociales*, 239, 30-49. <https://doi.org/10.3917/arss.239.0030>
- Marques, D. F. et Folco, J. D. (2023). *Omnia sunt communia* : un état des lieux des communs au Québec. *Recherches sociographiques*, 64(1), 7-27. <https://doi.org/10.7202/1100572ar>
- Meadows, D. H., Meadows, D. L., Randers, J. et Behrens, W. W. (2018). The limits to growth. Dans Dabelko, G. et Conca, K. (dir.) *Green planet blues* (pp. 25-29). Routledge.
- Ministère des Finances. (2023). *Statistiques budgétaires du Québec*. Gouvernement du Québec <http://www.budget.finances.gouv.qc.ca/budget-en-chiffres/fr-CA/Mars-2023/Document-t%C3%A9C3%A9chargeable/>
- Missoni, E. (2015). Degrowth and health: Local action should be linked to global policies and governance for health. *Sustainability Science*, 10(3), 439-450. <https://doi.org/10.1007/s11625-015-0300-1>
- Moreau, D. (2009, 14 septembre). De qui se soucie-t-on? Le *care* comme perspective politique. *Revue internationale des livres et des idées*, (37-38). https://www.academia.edu/10240224/De_qui_se_soucie_t_on_Le_care_comme_perspective_politique_Rili_2009
- Núñez-Gil, I. J., Estrada, V., Fernandez-Perez, C., Fernandez-Rozas, I., Martín-Sánchez, F. J. et Macaya, C. (2020). The COVID-19 curve, health system overload, and mortality. *Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Emergencias*, 32(4), 293-295. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32692012/>
- Organisation mondiale de la santé (OMS), Santé et Bien-être social Canada et Association canadienne de santé publique. (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/health-promotion/population-health/ottawa-charter-health-promotion-international-conference-on-health-promotion/chartre.pdf>
- Ostrom, E. (2010). *Similitudes entre les institutions de ressources communes durables et auto-organisées : gouvernance des biens communs*. De Boeck.
- Ouimet, M.-J., Turcotte, P.-L., Rainville, L.-C., Abraham, Y.-M., Kaiser, D. et Badillo-Amberg, I. (2020). Public health and degrowth working synergistically: What leverage for public health? *Visions for Sustainability*, 14, 99-116. <https://doi.org/10.13135/2384-8677/4535bvf>
- Parrique, T., Barth, J., Briens, F., Kerschner, C., Kraus-Polk, A., Kuokkanen, A. et Spangenberg, J. H. (2019). *Decoupling debunked: Evidence and arguments against green growth as a sole strategy for sustainability*. European Environment Bureau.
- Perkins, P. E. (2019). Climate justice, commons, and degrowth. *Ecological Economics*, 160, 183-190. <https://doi.org/10.1016/j.ecolecon.2019.02.005>
- Plourde, A. (2013). Démocratisation des institutions et des pratiques en santé : l'exemple historique des cliniques populaires. *Nouvelles pratiques sociales*, 26(1), 231-246. <https://doi.org/10.7202/1024990ar>
- Plourde, A. (2021). *Le capitalisme, c'est mauvais pour la santé : une histoire critique des CLSC et du système socio-sanitaire québécois*. Écosociété.
- Rancière, J. (2005). *La haine de la démocratie*. La Fabrique Éditions.
- RECYC-QUÉBEC. (2023). *L'économie circulaire, une priorité*. Gouvernement du Québec. <https://www.recyc-quebec.gouv.qc.ca/entreprises-organismes/mieux-gerer/economie-circulaire>

- Regroupement Information Logement (RIL) et Action Gardien. (2021). *Portrait de l'habitation à Pointe-Saint-Charles*.
<https://cepsc.qc.ca/wp-content/uploads/2022/01/EtudeLogement-PSC-avril2021.pdf>
- Rodríguez-Labajos, B., Yáñez, I., Bond, P., Greyl, L., Munguti, S., Ojo, G. U. et Overbeek, W. (2019). Not so natural an alliance? Degrowth and environmental justice movements in the global south. *Ecological Economics*, 157, 175-184.
<https://doi.org/10.1016/j.ecolecon.2018.11.007>
- Sauvé, S., Normandin, D. et McDonald, M. (2016). *L'économie circulaire : une transition incontournable*. PUM.
- Schmelzer, M., Vetter, A. et Vansintjan, A. (2022). *The future is degrowth: A guide to a world beyond capitalism*. Verso Books.
- Sekulova, F., Kallis, G., Rodríguez-Labajos, B. et Schneider, F. (2013). Degrowth: From theory to practice. *Journal of Cleaner Production*, 38, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.jclepro.2012.06.022>
- Shiva, V. et Mies, M. (2014). *Ecofeminism*. Bloomsbury Publishing.
- Singh, N. M. (2019). Environmental justice, degrowth and post-capitalist futures. *Ecological Economics*, 163, 138-142.
<https://doi.org/10.1016/j.ecolecon.2019.05.014>
- St-Maurice, Y., Godbout, L. et St-Cerny, S. (2021). *La soutenabilité budgétaire à long terme du Québec, édition 2021 : au-delà de la pandémie* [Cahier de recherche 2021/07]. Chaire de recherche en fiscalité et en finances publiques. <https://cffp.recherche.usher-brooke.ca/la-soutenabilite-budgetaire-a-long-terme-du-quebec-edition-2021-au-dela-de-la-pandemie>
- Steffen, W., Richardson, K., Rockström, J., Cornell, S. E., Fetzer, I., Bennett, E. M., Biggs, R., Carpenter, S. R., de Vries, W., de Wit, C. A., Folk, C., Gerten, D., Heinke, J., Mace, G. M., Persson, L. M., Ramanathan, V., Reyers, B. et Sörlin, S. (2015). Planetary boundaries: Guiding human development on a changing planet. *Science*, 347(6223), 1259855.
<https://doi.org/10.1126/science.1259855>
- Vadeboncœur, A. (2022). *Prendre soin : au chevet du système de santé*. Lux Éditeur.
- Walkinshaw, E. (2011). Medical waste-management practices vary across Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 183(18), E1307-E1308. <https://doi.org/10.1503/cmaj.109-4032>
- Windfeld, E. S. et Brooks, M. S.-L. (2015). Medical waste management: A review. *Journal of Environmental Management*, 163, 98-108.
<https://doi.org/10.1016/j.jenvman.2015.08.013>