

## Les coopératives de santé et de services sociaux

	Auteur(s)	Willy TADJUDJE
	Titre du volume	Le droit des coopératives en Afrique : réflexions sur l'Acte uniforme de l'OHADA
	Directeur(s) du volume	Willy TADJUDJE
	ISBN	978-2-37496-135-4 (broché) 978-2-37496-136-1 (PDF)
	Collection	« RESSOR », 5 (ISSN 2740-0441)
	Édition	ÉPURE - Éditions et presses universitaires de Reims, juin 2021
	Pages	181-193
	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 éditée de la contribution, quelle soit publiée dans une revue ou dans un ouvrage collectif, sans embargo.

## CHAPITRE 8

# Les coopératives de santé et de services sociaux

Willy Tadjudje

---

**RÉSUMÉ** • Les coopératives peuvent engager des activités dans tous les domaines de la vie humaine, y compris dans le secteur de la santé et des services sociaux. Toutefois, l'AUSCOOP n'a pas défini des règles particulières régissant ce type de coopératives. Il en est de même des États parties. Malgré ce vide, les coopératives actives dans le domaine de la santé et des services sociaux existent. Diverses mesures peuvent être prises pour promouvoir ce type de coopératives compte tenu de l'importance qu'elles peuvent jouer, notamment en l'absence de l'assurance maladie universelle dans la plupart des États parties au traité fondateur de l'OHADA.

## Introduction

Il existe des coopératives dans tous les pays de la zone OHADA, ce qui justifie d'ailleurs l'adoption, en 2010, d'un Acte uniforme relatif au droit des sociétés coopératives (TADJUDJE, 2015). Il s'agit d'un acte général prévoyant des règles pour toutes les formes de coopératives, compte non

tenu de l'activité. À cet effet, l'AUSCOOP s'adresse aussi aux coopératives de santé et de services sociaux<sup>1</sup>.

Les besoins de santé et de services sociaux sont de plus en plus récurrents en Afrique, ne serait-ce qu'en raison de la croissance exponentielle de la population (OMS, 2018). Les offres publiques et commerciales ne permettent pas toujours de satisfaire la demande de plus en plus forte, surtout en milieu rural (SCARTEZZINI *et al.*, 2018). Entre les deux types d'acteurs classiques, les coopératives peuvent apporter des solutions abordables et durables (MATTMANN, 2018). Aux termes de l'article 4 de l'AUSCOOP, la société coopérative est un groupement autonome de personnes volontairement réunies pour satisfaire leurs aspirations et besoins économiques, sociaux et culturels communs, au moyen d'une entreprise dont la propriété et la gestion sont collectives et où le pouvoir est exercé démocratiquement et selon les principes coopératifs (HIEZ, 2009). Si telle est la définition générale de la coopérative, *quid* de celle de la coopérative de santé ou de services sociaux ? Dans cette approche, Jean-Pierre GIRARD (2014) opère une triple distinction entre les cliniques coopératives de santé, les coopératives d'assurance et de microassurance et les pharmacies coopératives.

Une clinique coopérative de santé est une coopérative dont les objectifs sont principalement ou exclusivement liés aux soins de santé. Ces coopératives fournissent un ou plusieurs services dans le domaine de la prévention des maladies et des accidents, le bien-être et la promotion de la santé, le traitement et la guérison, la réhabilitation, etc. (GIRARD et LAMOTHE, 2004). Les coopératives d'assurance et de microassurance santé fournissent une garantie à leurs membres en cas de survenance d'un risque sanitaire. Il s'agit d'entreprises d'assurance comme toutes les autres, à la double différence qu'elles sont organisées sous la forme juridique coopérative et qu'elles fournissent des services dans le secteur de la santé<sup>2</sup>. Les pharmacies coopératives sont celles qui fournissent des services de distribution des médicaments. Elles peuvent être organisées à un double niveau. D'une part, les pharmacies coopératives de niveau primaire : il s'agit de formes spécialisées de coopératives de vente au détail, dont certaines ont développé leurs propres filiales de vente en gros. D'autre part, les réseaux secondaires. Ces coopératives de niveau secondaire peuvent alors être la propriété de pharmacies non coopératives qui se regroupent ainsi pour des activités communes (par exemple, l'approvisionnement en médicaments). En

1 L'article 5 de l'AUSCOOP dispose que les coopératives peuvent engager des activités dans tous les domaines de la vie humaine.

2 C'est le cas de CIC (*Cooperative Insurance company*), une coopérative d'assurance santé basée au Kenya (<https://cic.co.ke/about-us>).

pratique, les pharmacies coopératives de premier niveau créent des réseaux secondaires qui assument des fonctions communes d'achat, de service et de commercialisation (JANSSENS, 2014).

Sur la base de la typologie des Nations unies, GIRARD (2014) a identifié au moins trois types de coopératives de santé et de services sociaux en fonction des catégories de membres :

- Utilisateur : coopérative dans laquelle les membres sont les utilisateurs (ou consommateurs) des services. Il en serait ainsi par exemple d'une clinique coopérative de santé mise en place par des habitants d'une communauté. Dans ce cas, ils vont recruter des prestataires pour fournir des soins.
- Producteurs : coopérative au sein de laquelle un groupe de producteurs se regroupent pour transformer ou commercialiser leurs produits ou services (y compris les coopératives de travail). Il en serait ainsi par exemple d'une clinique coopérative de santé créée par des médecins et des infirmiers ou infirmières.
- Multi-partenariales : coopératives qui comprennent au moins deux catégories de membres (par exemple les utilisateurs et les producteurs), ou toute autre catégorie mixte de membres. C'est le cas d'une pharmacie coopérative instituée par des pharmaciens et par des habitants d'une communauté. Les uns sont des producteurs et les autres les consommateurs.

Les coopératives actives dans le domaine de la santé peuvent jouer un rôle important dans les pays africains, notamment en raison de l'inexistence actuelle de couverture santé universelle, mais aussi en raison du manque de cliniques et de la faiblesse des mécanismes de distribution et vente de médicaments. Dans ce cadre, si toutes les catégories sociales doivent être prises en compte, les coopératives de santé peuvent contribuer activement pour l'encadrement des acteurs du secteur informel<sup>3</sup>. De même, elles peuvent être un moyen considérable de

---

3 Les travailleurs formels (du public ou du privé) sont facilement affiliables dans les caisses de santé (dans le cadre de la couverture santé universelle), ce qui n'est pas le cas pour les acteurs du secteur informel, les plus nombreux, qui sont caractérisés par la vulnérabilité. Les coopératives peuvent être des cadres appropriés pour les identifier et les affilier.

résorption de fléaux sociaux, notamment la création d'emplois<sup>4</sup> et le recul de l'exode rural<sup>5</sup>.

Compte tenu de l'intérêt des coopératives actives dans le secteur de la santé dans la stratégie de développement des pays africains, il est important d'évaluer la contribution de l'AUSCOOP à la promotion de cette forme particulière de coopérative. L'AUSCOOP est intervenu en 2010 comme une opportunité pour développer et moderniser le mouvement coopératif. Peut-on dire qu'un tel intérêt a été atteint dans le cadre des coopératives dans le domaine de la santé ?

Pour répondre à cette question, nous présenterons l'état des lieux des coopératives de santé dans les pays de la zone OHADA, avant un examen des perspectives de leur promotion.

## **La faible émergence des coopératives de santé depuis l'entrée en vigueur de l'AUSCOOP**

Les coopératives dans le domaine de la santé n'ont pas particulièrement évolué dans les pays de la zone OHADA depuis l'entrée en vigueur de l'AUSCOOP. Bien que pouvant s'expliquer, cette situation entraîne des conséquences. Dans l'impossibilité de répertorier les lois de tous les États parties de la zone OHADA relatives aux différentes formes d'activités des coopératives dans le domaine de la santé, nous nous limiterons à citer seulement un ou deux États parties. Cela est peu représentatif et constitue une faiblesse de notre analyse.

### **Les causes : les vides législatifs et les dysfonctionnements institutionnels**

Les coopératives dans le domaine de la santé rencontrent des difficultés dans leur développement à cause de barrières juridiques. Nous distinguerons selon qu'il s'agit des coopératives d'assurance, des cliniques coopératives de santé ou des pharmacies coopératives.

---

4 Notamment pour les médecins. En effet, certains jeunes médecins se retrouvent souvent sans emploi à l'issue de la formation : au lieu d'émigrer, ils peuvent se constituer en coopératives pour répondre aux besoins de santé de la population. Dans cette dynamique, ils pourraient offrir des services à des prix plus compétitifs.

5 En fournissant des services de santé dans les communautés rurales, les populations pourraient rester sur leur territoire au lieu de penser à se rendre dans les villes ou à quitter leur pays.

*L'exclusion de la forme coopérative  
par le Code CIMA des assurances*

L'assurance et la microassurance sont régies par la CIMA pour quatorze des dix-sept États parties au traité fondateur de l'OHADA. Il s'agit des huit pays de l'UEMOA et des six pays de la CEMAC. Aux termes de l'article 301 du Code CIMA des assurances (relatif aux formes des sociétés d'assurance), « toute entreprise d'assurance d'un État membre mentionnée à l'article 300 doit être constituée sous forme de société anonyme ou de société d'assurance mutuelle. Toutefois une société d'assurance ne peut se constituer sous la forme d'une société anonyme unipersonnelle ». L'article 713 reprend la même disposition à propos des entreprises de microassurance. Les sociétés coopératives ne sont pas considérées.

Il découle de ces dispositions du Code CIMA des assurances que les coopératives ne peuvent pas engager des activités dans le domaine de l'assurance ou de la microassurance. Pourtant, l'article 5 de l'AUSCOOP dispose que les coopératives peuvent engager des activités dans toutes les branches de la vie humaine. Il y a donc une contradiction entre les deux textes, ce qui ne favorise pas les coopératives d'assurance ou de microassurance (dans le secteur de la santé). Pourtant, dans d'autres pays africains, notamment anglophones, les coopératives sont actives dans le secteur des assurances et de la microassurance santé, avec un accompagnement législatif approprié. Tel que mentionné précédemment, c'est le cas par exemple au Kenya avec le groupe CIC, l'une des plus grandes compagnies d'assurance du continent.

*Les dysfonctionnements institutionnels dans l'encadrement  
des cliniques coopératives de santé dans certains États parties*

La clinique coopérative de santé est une entreprise privée devant solliciter un agrément (autorisation d'exercer la médecine en clientèle privée) et une immatriculation pour fonctionner suivant le régime juridique des sociétés coopératives. Les lois régissant l'agrément ne sont habituellement pas rigides quant à la forme juridique à choisir. Au Bénin par exemple, la loi n° 97-020 du 17 juin 1997 fixant les conditions de l'exercice en clientèle privée des professions médicales et paramédicales précise, à son article 11 que :

L'autorisation d'exploitation ou d'ouverture d'un établissement [...] est subordonnée à l'introduction d'un dossier composé de pièces suivantes [...] :

- une demande manuscrite de l'intéressé ou de la société précisant la nature de l'infrastructure sanitaire avec son lieu d'implantation.

- une photocopie légalisée de l'autorisation du ou des requérants à exercer en clientèle privée ;
- une photocopie légalisée des statuts de la société ou de l'organisation à vocation humanitaire, s'il y a lieu ;
- un plan détaillé des locaux à exploiter ;
- une liste détaillée de l'équipement à installer [...].

En s'en tenant à cette disposition, il va de soi que les coopératives peuvent librement se constituer dans le domaine des soins cliniques au Bénin. La situation est presque la même au Cameroun. Selon l'article 14 de la loi n° 90-36 du 10 août 1990 relative à l'exercice et à l'organisation de la profession de médecin, « les médecins installés en clientèle privée dans une même localité peuvent s'associer entre eux, et exercer leur profession sous forme de société civile professionnelle dont l'organisation et le fonctionnement sont fixés par des textes particuliers ». Certes, le législateur camerounais mentionne la société civile, mais il nous semble que ce statut peut s'étendre à toutes les formes juridiques voisines, notamment la société coopérative. Toutefois, il aurait été plus simple pour le législateur camerounais de rester plus global, comme son homologue béninois, sans se focaliser sur une forme juridique en particulier (GAILLARDE et VIENNOIS, 2005). Bien plus, la forme juridique de société civile est de moins en moins utilisée, car peu pertinente dans la pratique.

La pratique a été porteuse de fruits positifs, jusqu'à ce que des dys-fonctionnements administratifs perturbent l'émergence de cliniques coopératives de santé dans certains pays, à l'instar du Cameroun. Par contre, au Bénin, leur évolution semble plus stable.

Les cliniques coopératives de santé au Cameroun ne concernent, pour le moment, que les GIC<sup>6</sup>. D'après la presse locale, le ministre

---

6 Les GIC sont régis par la loi 92/006 du 14 août 1992 et son décret d'application du 23 novembre 1992. Cette loi s'appliquait initialement aux coopératives et aux GIC. Suite à l'adoption de l'AUSCOOP, cette loi n'est désormais applicable qu'aux GIC (et aux coopératives pour les dispositions non contraires). Les GIC sont des organisations à caractère économique et social de personnes physiques volontaires ayant des intérêts communs et qui réalisent à travers le groupe des activités communes (art. 49 de la loi de 1992). Ils sont les mandataires de leurs membres auxquels ils destinent exclusivement leurs services (art. 51-1), d'où le respect des principes de finalité de service aux membres et de la porte ouverte, à condition, dans ce dernier cas, d'être une personne physique et de partager des intérêts communs avec l'ensemble des membres du groupe. La constitution des GIC est simple. Elle se fait par déclaration écrite au cours d'une assemblée générale constitutive tenue par au moins cinq membres. Relativement aux activités, les GIC sont surtout actifs dans les domaines de l'agriculture et de la santé. On retrouve des dispositions similaires au Burkina Faso, au Tchad et en Guinée, à propos des groupements.

de la Santé publique a lancé en décembre 2013 à Yaoundé, une campagne nationale de lutte contre l'exercice illégal de la médecine (ENGONO MOUSSANG, 2013). Cet exercice illégal de la médecine se réfère aux activités des GIC santé. L'ordre national des médecins du Cameroun relève que les GIC santé n'ont aucune place dans la nomenclature du ministère de la Santé publique (*ibid.*). Il dénonce aussi le fait que le ministère de la Santé ne dispose pas, jusqu'ici, des moyens pour le contrôle de ces structures qui sont immatriculées par le ministère de l'Agriculture (sans exigence préalable de l'agrément délivré par le ministère de la Santé). Le ministère de la Santé notait que plus de 500 formations sanitaires non agréées opéraient au Cameroun (*ibid.*).

Les GIC étant considérés comme un modèle simplifié de coopérative, et compte tenu du fait qu'ils sont perçus au ministère de la Santé comme des formations sanitaires illégales, cela peut expliquer la gêne de ce dernier lorsque les acteurs envisagent des initiatives de création de coopératives dans le domaine des soins de santé. Concrètement, il n'est plus favorable à la mise en place de cliniques coopératives de santé sans une clarification du circuit institutionnel de leur création. Ainsi, en plus des clarifications légales, notamment l'admissibilité des autres formes juridiques de société, y compris la société coopérative, outre la société civile professionnelle, pour la création de cliniques médicales, il semble se poser également des problèmes institutionnels qui requièrent l'attention des pouvoirs publics pour une émergence positive des cliniques coopératives de santé au Cameroun.

*L'exclusion de la forme coopérative  
par le législateur, dans certains États parties,  
dans l'exercice de l'activité pharmaceutique*

L'activité pharmaceutique est, selon les pays, accessible aux sociétés coopératives. Le législateur camerounais semble avoir exclu la forme coopérative dans l'exercice de la fonction de pharmacien. Les dispositions de l'article 33 de la loi n° 90-035 du 10 août 1990 portant exercice et organisation de la profession de pharmacien précisent que :

- (1) Le pharmacien doit être propriétaire de l'officine dont il est titulaire. (2) Les pharmaciens peuvent être autorisés à constituer entre eux soit une société en nom collectif, soit une société à responsabilité limitée en vue de l'exploitation d'une officine, à condition que cette société ne soit propriétaire que d'une seule officine quel que soit le nombre de pharmaciens associés et que la gérance de l'officine soit assurée par l'un deux.



Par contre, le législateur ivoirien est resté plus abstrait et général. L'article 56 de la loi n° 2015-533 du 20 juillet 2015 relative à l'exercice de la pharmacie dispose que :

Les pharmaciens peuvent se constituer en association ou en société, pour l'exploitation d'un établissement pharmaceutique, conformément aux dispositions légales et réglementaires en vigueur. Cette association ou société ne doit être propriétaire que d'un seul établissement pharmaceutique quel que soit le nombre de pharmaciens associés. L'autorisation est donnée au nom de l'association ou de la société, qui doit obligatoirement être dirigée par un pharmacien [...].

Des pharmaciens peuvent constituer une coopérative pour la distribution des médicaments en Côte d'Ivoire, ce qui n'est en principe pas admis au Cameroun.

Que ce soit pour les assurances et la microassurance santé, les cliniques ou les pharmacies, il est nécessaire que les États complètent le dispositif juridique de l'OHADA (AUSCOOP) par un cadre législatif et institutionnel national favorable à la promotion des coopératives dans le domaine de la santé. Pour le moment, dans les différents États parties, il existe des lois, certaines imprécises, d'autres incomplètes.

### **Les conséquences**

La faible promotion et la légère émergence des coopératives dans le domaine de la santé entraînent nécessairement des conséquences : le développement controversé des mutuelles et la persistance d'une image négative de l'outil coopératif.

#### *Le développement controversé des mutuelles*

La définition de la mutuelle est moins aisée que celle de la coopérative, dans la mesure où il ne s'agit pas d'une forme juridique universellement reconnue. Elle est plus présente dans les pays francophones suivant les expériences des précurseurs que sont la France et la Belgique (TADJUDJE, 2015).

Dans la zone OHADA, seuls les pays de l'UEMOA disposent d'un cadre juridique applicable aux mutuelles. Il s'agit de la réglementation UEMOA relative à la mutualité sociale. D'après le règlement n° 07/2009/CM/UEMOA portant réglementation de la mutualité sociale, les mutuelles sociales sont des groupements qui, essentiellement au moyen des cotisations de leurs membres, se proposent de mener, dans l'intérêt de ceux-ci et de leurs ayants droit, une action de prévoyance,

d'entraide et de solidarité visant la prévention des risques sociaux liés à la personne et la réparation de leurs conséquences.

Face à la faible promotion des coopératives dans le domaine de la santé, les acteurs semblent s'être tournés vers les mutuelles, notamment dans les pays de la zone UEMOA. Il en est de même dans les autres États parties, malgré l'inexistence d'un cadre juridique de référence relatif aux mutuelles. Une étude réalisée en 2014 sur les coopératives et les mutuelles de santé en Afrique a permis de révéler que, dans les pays francophones d'Afrique, il y a un recours presque exclusif à la forme juridique de mutuelle et une faible utilisation de la forme coopérative dans le domaine de la santé (GIRARD, 2014).

Cette situation peut s'expliquer par la forte mobilisation qui a été faite autour des mutuelles de santé, notamment par les organisations internationales (par exemple le Bureau international du travail), au moment de la rédaction des règlements UEMOA relatifs à la mutualité sociale. Concrètement, la promotion des mutuelles de santé aurait pu se faire concomitamment avec celles des coopératives dans le domaine de la santé. En effet, les mutuelles sociales mettent en place un mécanisme de microassurance, et se limitent à cela. Néanmoins, elles ont besoin de passer des partenariats avec des centres de soins et des pharmacies pour la prise en charge de leurs membres. Dans certaines expériences, la contractualisation (avec les prestataires de soins) n'a pas fonctionné adéquatement à cause des différences de vue entre les mutuelles et les formations sanitaires (publiques et privées commerciales), ainsi que les pharmacies (DEFOURNY et FAILON, 2011). Dans la plupart des cas, les centres de santé sont publics ou à capitaux privés (sociétés commerciales). Quant aux pharmacies, elles sont généralement des sociétés commerciales (DEFOURNY *et al.*, 2008). En promouvant des coopératives pour fournir des services médicaux et pharmaceutiques comme partenaires des mutuelles, le législateur aurait construit un partenariat entre deux formes juridiques qui sont intrinsèquement jumelles, même si elles semblent, à certains égards, s'ignorer. La promotion des mutuelles et le faible encouragement public des coopératives dans le domaine de la santé a contribué à créer une grande confusion entre la coopérative et la mutuelle. Elles sont jumelles, mais elles ne sont pas identiques. Il revient au législateur de fournir les clarifications nécessaires entre les deux formes juridiques d'organisation, ainsi que les collaborations qu'elles peuvent construire dans l'intérêt de la promotion d'une santé durable des populations (TADJUDJE, 2015).

### *La persistance d'une image négative des coopératives*

La faible promotion des coopératives semble renforcer l'idée selon laquelle il s'agit d'associations de personnes villageoises et pauvres, alors que c'est une forme juridique d'organisation avec toutes les exigences managériales ouvertes aux sociétés commerciales<sup>7</sup>. Jusqu'ici, en Afrique, les coopératives ont surtout été actives dans les domaines de l'agriculture et de la finance, tandis que l'intégration des secteurs sociaux tels que la santé se fait progressivement. Il y a probablement un travail d'éducation à mener afin de promouvoir les coopératives dans une multitude de domaines, sachant que l'article 5 de l'AUSCOOP est resté ouvert. L'amorce de ce travail devrait commencer par la compréhension de la notion de coopérative par les fonctionnaires en charge des coopératives, lesquels retiennent encore, pour la plupart, une approche coloniale visant un assujettissement des coopératives à une tutelle paternaliste de l'État (TADJUDJE, 2020).

Si toutes les formes juridiques de société commerciales sont enseignées dans les facultés de droit et que la forme coopérative n'est pas toujours envisagée, cela pose un problème. Très souvent, la forme coopérative est vaguement présentée dans les enseignements au sein des facultés d'agronomie, à propos des dynamiques paysannes. Il faudrait, d'ores et déjà, admettre la forme juridique coopérative, suivant ses spécificités, comme une forme juridique de société, de la même façon que les sociétés commerciales. Il faudrait également souligner que la forme coopérative présente des spécificités qui font en sorte qu'elle devrait être plus promue que la société commerciale, notamment dans les secteurs sociaux tels que celui de la santé (*ibid.*).

La promotion des coopératives, pour les rendre actives dans le domaine de la santé, pourrait poser les jalons de la renaissance d'une nouvelle génération de coopératives en Afrique.

## **Les perspectives pour une promotion des coopératives de santé dans la zone OHADA**

Pour promouvoir les coopératives dans le domaine de la santé afin de bénéficier des avantages qu'elles offrent, il est important de renforcer leur cadre législatif et institutionnel. Ce renforcement pourrait intégrer le développement de coopératives multifonctionnelles, ainsi que la prise

---

7 Année après année, le *World Cooperative Monitor* dresse un portrait des 300 plus grandes coopératives, illustration, si besoin était, que les coopératives ne sont pas condamnées à rester petites et précaires. Son édition 2020 est disponible (<https://monitor.coop>).

en compte de nouveaux schémas de gouvernance, telles que les coopératives multi-partenariales.

### **Un accompagnement législatif et institutionnel au niveau national**

Comme souligné plus haut, l'AUSCOOP est un acte législatif général. Dans cette généralité, il a besoin d'être accompagné par des règles particulières, notamment en fonction de l'activité choisie par les initiateurs de la coopérative : cette approche est valable pour les coopératives dans le domaine de la santé. Il est nécessaire que les législateurs nationaux mettent en place des cadres juridiques appropriés pour les coopératives de microassurance, les cliniques coopératives de santé, ou encore les pharmacies coopératives. Dans ce dernier cas, avec un peu d'audace, on pourrait même penser à une coopérative de distribution de médicaments à l'échelle d'un pays. Certains États parties ont fait un effort pour développer un pan ou un autre de l'activité des coopératives dans le domaine de la santé, comme nous l'avons souligné plus haut. Toutefois, une approche plus globale aurait permis d'envisager un secteur homogènement construit des coopératives dans le domaine de la santé.

Outre l'accompagnement législatif, un soutien institutionnel est également nécessaire pour la promotion des coopératives dans le domaine de la santé. Les dysfonctionnements interministériels observés au Cameroun à propos des GIC santé n'auraient pas eu lieu si des politiques publiques avaient été définies et appliquées minutieusement. Sans collaboration interministérielle, des promoteurs semblent avoir mis en place des centres de santé sans solliciter l'agrément du ministère de la Santé, en se limitant à des formalités auprès du ministère de l'Agriculture en charge de la promotion des coopératives (ENGONO MOUSSANG, 2013). Il s'agit donc de mettre en place des mesures institutionnelles appropriées afin que de pareils dysfonctionnements cessent. Il convient de viser une situation dans laquelle les coopératives dans le domaine de la santé peuvent se constituer et fonctionner adéquatement.

### **La promotion de coopératives multifonctionnelles**

Habituellement, les fonctionnaires en charge de la promotion des coopératives exigent de ces dernières qu'elles s'inscrivent dans une seule activité. Néanmoins, même si la pluralité d'activités n'est pas interdite, il est, à tout le moins, exigé l'insertion dans une activité principale et

l'adjonction d'activités secondaires, généralement connexes à l'activité principale. Cette approche est nécessairement réductrice et ne permet pas aux coopératives de déployer leurs capacités. De notre observation, un tel aménagement vise l'organisation des coopératives dans les filières en vue de la mise en place d'organisations interprofessionnelles. Cela ne correspond certes qu'aux coopératives agricoles, mais il est important de noter qu'elles sont de loin les plus nombreuses. La classification des coopératives par interprofessions agricoles permet de faciliter l'organisation interprofessionnelle (TADJUDJE, 2020).

Nous critiquons cette approche et encourageons la promotion de coopératives multifonctionnelles. Une coopérative multifonctionnelle est une coopérative pouvant engager des activités dans divers domaines de la vie sociale et économique. Le multi-fonctionnalisme est inscrit dans les spécificités des coopératives : si elles sont conçues pour améliorer les conditions de vie de leurs membres, il revient à ces derniers de définir les orientations de leur entreprise. C'est eux qui définissent les objectifs, mettent en place les moyens et bénéficient des services offerts. Ainsi, une coopérative peut être engagée dans l'agriculture et mettre en place, ultérieurement, des services de santé au bénéfice de ses membres. Cela devrait se faire par exemple si le territoire ne dispose pas de centre de santé ou de pharmacie. De même, la coopérative peut construire une école, pour permettre aux enfants de la communauté d'avoir accès à l'éducation (GIRARD, 2019).

Suivant cette approche, la coopérative devra reposer sur des schémas de gouvernance spécifiques, prenant en compte la diversité des parties prenantes. Pour le moment, la gouvernance des coopératives, telle que décrite dans l'AUSCOOP, concerne uniquement l'hypothèse d'une unicité de catégorie de membres à l'assemblée générale. Or, la gestion des coopératives peut faire intervenir le multi-partenariat. Il s'agit d'une coopérative de santé pouvant réunir aussi bien des producteurs et des consommateurs que d'autres catégories. Ce serait le cas d'une clinique coopérative de santé appartenant aussi bien à des prestataires (des médecins et des infirmiers) qu'à des patients (tous des agriculteurs). Dans cette hypothèse, il y aurait deux collègues au sein de l'assemblée générale. Les coopératives multi-partenariales peuvent mettre en scène des acteurs aux intérêts et besoins antagonistes, et qui pourtant sont obligés de travailler ensemble. Il s'agit de particularités qui devraient être prises en compte dans la définition des schémas de gouvernance des coopératives (GIRARD, 2015).

## Bibliographie

- DEFOURNY, Jacques, FAILON, Julie et SARAMBE, Issa, « Les approches de l'économie sociale et de l'économie solidaire face aux mutuelles de santé en Afrique », Document de travail, Centre d'économie sociale (Université de Liège), juin 2008.
- DEFOURNY, Jacques et FAILON, Julie, « Les déterminants de l'adhésion aux mutuelles de santé en Afrique subsaharienne : un inventaire des travaux empiriques », *Mondes en développement*, n° 153, 2011, p. 7-26 ([doi:10.3917/med.153.0007](https://doi.org/10.3917/med.153.0007)).
- ENGONO MOUSSANG, Adrienne, « Cameroun - Santé Publique : Plus de 500 formations sanitaires illégales au Cameroun », *Mutations (Cameroun)*, 30 décembre 2013 (<http://www.cameroun-info.net/article/cameroun-sante-publique-plus-de-500-formations-sanitaires-illegales-au-cameroun-212535.html>).
- GAILLARDE, Michel et VIENNOIS, Jean-Pierre, « Modes d'exercice et contrats d'association », *Acta Endoscopica*, n° spécial CREGG, 2005, p. 460-465.
- GIRARD, Jean-Pierre, *Better Health & Social Care. How are Co-ops & Mutuals Boosting Innovation & Access Worldwide? An international survey of co-ops and mutuals at work in the health and social care sector (CMHSC14)*, Rapport au Sommet international des coopératives, vol. 1, Québec, LPS Productions, 2014.
- , « Governance in solidarity » in *Cooperative Governance Fit to Build Resilience in the Face of Complexity*, International Cooperative Alliance, Bruxelles, 2015, p. 127-133.
- , « Le domaine de la santé comme extension des activités des coopératives Un projet pilote au Kenya et au Cameroun », Document provisoire préparé pour le Groupe de travail interinstitutionnel des Nations unies sur l'économie sociale et solidaire (UNFPSSSE), 2019.
- et LAMOTHE, Lise, *La contribution des coopératives de santé à l'offre de services de première ligne : liens avec le système public de santé et impacts socioéconomiques*, Rapport au Secrétariat aux coopératives du gouvernement du Canada, Montréal, 2004.
- HIEZ, David, *L'éthique coopérative et le droit*, Montréal, Chaire de coopération Guy-Bernier, ESG-UQAM, 2009.
- JANSSENS, William, *L'accès de qualité aux médicaments : l'objectif innovateur des pharmacies coopératives*, communication au 30<sup>e</sup> congrès du CIRIEC, Buenos Aires, octobre 2014 (<http://www.ciriec.uliege.be/wp-content/uploads/2015/12/Buenos-aires-Janssens-WorkshopF-15h..pdf>).
- MATTMANN, Sylvie, *Les contextes d'émergence des coopératives de santé et de services sociaux - Le cas de la Coopérative de solidarité SABSA à Québec*, Mémoire de Maîtrise en santé communautaire - santé mondiale, Université Laval, 2018.
- OMS, *État de la santé dans la région africaine de l'OMS : analyse de la situation sanitaire, des services et des systèmes de santé dans le contexte des objectifs de développement durable*, Brazzaville, OMS, Bureau régional de l'Afrique, 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/275278>).
- SCARTEZZINI, Killian et al., *La santé pour tous en zone rurale - Développer et renforcer les centres de santé : guide pratique*, Lausanne, Fédération vaudoise de coopération, 2018.
- TADJUDJE, Willy, *Le droit des coopératives et des mutuelles dans l'espace OHADA*, Bruxelles, Larquier, 2015.
- , *Les conditions de l'efficacité des coopératives en Afrique*, Louvain-la-Neuve, Academia/L'Harmattan, 2020, 240 p.