

Coopératives de santé et l'avenir de l'assurance-maladie

By JOHN ANDERSON

En 1969, j'étais activement engagé dans l'établissement et le fonctionnement de cliniques communautaires dans les quartiers ouvriers les plus défavorisés de Montréal. L'une d'entre elles, qui était gérée par les gens du secteur, la Clinique du Peuple de St-Henri, est devenue le carrefour d'une série d'organismes communautaires qui revendiquaient en faveur du changement social. Certains s'intéressaient au logement et au bien-être social et d'autres, aux problèmes de crédit et aux conditions de travail locales. Il y avait même un journal et une coopérative funéraire dont le slogan « Même morts, il faut s'organiser! » illustre en quoi l'organisation coopérative peut s'avérer profitable du berceau au cercueil.

Pour assurer le fonctionnement continu de la clinique, il fallait recruter de jeunes médecins fraîchement diplômés de l'Université McGill et de l'Université de Montréal, car peu de médecins établis étaient prêts à travailler au petit salaire que les cliniques communautaires avaient les moyens de leur verser. Vers la fin des années 1970, un nouveau réseau de cliniques locales gérées par l'État voyait le jour au Québec, soit les centres locaux de services communautaires (CLSC). Les nouveaux CLSC s'inspiraient des cliniques communautaires qu'elles remplaçaient comme centres de prestation des soins de santé primaires. Mais les nouveaux CLSC se heurtaient à un problème, car ils n'avaient aucune structure démocratique et étaient contrôlés, en

bout de ligne, par l'État. La plupart du temps, ils n'entretenaient pas de liens organiques avec la population.

Cette question demeure importante. En tant que membres de la Canadian Co-operative Association, nous croyons que les coopératives ont un rôle concret à jouer dans le développement des soins de santé communautaires, puisqu'elles permettent aux gens d'exercer un contrôle démocratique et local sur leurs soins de santé.

C'est uniquement au Québec et en Saskatchewan que les cliniques coopératives communautaires (et, au Québec, les coopératives de soins à domicile) se sont taillées une solide place dans l'univers des soins de santé. Dans d'autres provinces, les collectivités ont plutôt opté pour des modèles sans but lucratif ou pour des organisations non gouvernementales (ONG).

Pourquoi? La réponse est complexe.

Les coopératives de soins de santé, tout comme les coopératives de soins à domicile, se perçoivent comme une composante importante du système d'assurance-santé. Elles sont au point où les groupes de citoyens locaux, les médecins et d'autres professionnels déterminent ensemble les services qui répondent le mieux aux besoins de la collectivité.

(photo) Le personnel paramédical de la Coopérative des techniciens ambulanciers de la Montérégie (CETAM, Québec) amasse des dons pour donner un chien-guide à une petite fille. Photographie : Philippe Serafino.

Premièrement, beaucoup de gens ne sont pas familiers avec le modèle coopératif et son fonctionnement. Ce n'est pas un modèle qui s'enseigne dans nos écoles de commerce et nos écoles secondaires. Un récent éditorial paru dans le *Toronto Star*¹ révèle que dans les écoles secondaires ontariennes, seulement 22 manuels sur le commerce font état des coopératives et, là encore, dans 35 pages seulement sur un total de 11 375 pages.

Dans les grandes villes ontariennes, le modèle des coopératives n'est pas courant pour diverses raisons historiques. Ailleurs, comme dans l'ouest où l'on trouve des coopératives d'épargne et de crédit et des magasins de détail coopératifs quasiment à tous les coins de rue, ces dernières ne sont pas considérées comme des modèles de service, surtout pas des services de soins de santé.

Le meilleur antidote pour remédier à la situation, c'est l'éducation. De fait, le secteur des coopératives doit devenir plus proactif en vue de démontrer aux gens en quoi le modèle coopératif peut bien fonctionner. Pour ce faire, il doit organiser des présentations et des visites à des coopératives de santé communautaire au profit des régions qui en ont le plus besoin.

Deuxièmement, beaucoup de cliniques communautaires et d'ONG fonctionnent déjà avec des conseils d'administration élus et des membres, selon le principe démocratique d'un vote par membre enchâssé par les coopératives avant même son adoption par les régimes électoraux gouvernementaux de la plupart des pays. Même si ces ONG ont emprunté le principe des coopératives, plusieurs ne voient pas la nécessité de transformer leur mode de fonctionnement.

Notons toutefois que certaines ONG ne souscrivent pas toutes à cette tradition démocratique. De fait, elles n'ont aucune obligation d'élire les membres de leur conseil

d'administration; d'ailleurs, plusieurs ne le font pas. Le modèle coopératif garantit toutefois que toutes les nouvelles coopératives, sans exception, adoptent et intègrent pleinement un mode de fonctionnement et des mesures de contrôle démocratiques.

Troisièmement, plusieurs sont d'avis que les coopératives ne sont que des organismes voués au profit, à l'instar des magasins de vente au détail. Ils tiennent erronément pour acquis que les soins de santé coopératifs n'offrent qu'un autre moyen d'imposer au système des soins de santé communautaires un fonctionnement à vocation lucrative. Pourtant, plusieurs coopératives, comme les garderies coopératives et les coopératives d'habitation, constituent des organismes sans but lucratif. De plus, l'histoire des coopératives de soins de santé est depuis toujours associée à la bataille en faveur des soins de santé publics. En 1962, dans la province de la Saskatchewan, les coopératives de soins de santé offraient une alternative aux cliniques privées à but lucratif gérées par des médecins. (Voir l'article « Un défi d'ampleur toujours plus grande » à la page 19.)

Les coopératives de soins de santé, tout comme les coopératives de soins à domicile, se perçoivent comme une *composante* importante du système d'assurance-maladie. Elles sont au point où les groupes de citoyens locaux, les médecins et d'autres professionnels déterminent ensemble les services qui répondent le mieux aux besoins de la collectivité et fixent ensemble les salaires à verser aux médecins, au lieu de leur accorder ce que dicte le marché. Les conditions de travail et les salaires ne sont pas fixés uniquement par les médecins mais par ce groupe représentatif de la collectivité. (Dans le cas des coopératives de travailleurs ou des coopératives multipartites si populaires au Québec, beaucoup de membres de coopératives en sont aussi les employés.) De fait, ce sont les cliniques traditionnelles appartenant

aux médecins et gérées par ces derniers qui constituent les centres à but lucratif et non les cliniques coopératives. (Voir l'article « S'unir maintenant » à la page 47.)

En dernier lieu, certains craignent qu'en offrant des services différents dans diverses collectivités, les coopératives de soins de santé créent des iniquités sur le plan des services d'un endroit à l'autre.

Un modèle de soins de santé décentralisé n'engendrerait-il pas de fortes disparités quant au type de soins de santé offerts à l'échelle locale? Un réseau de cliniques coopératives ne favoriserait-il pas des cliniques bien nanties avec d'impressionnantes installations dans certains quartiers et des cliniques mal nanties dans d'autres quartiers? N'est-ce pas ainsi que fonctionnent les coopératives à savoir qu'une petite coopérative dans une région rurale pauvre offre moins de produits et services qu'une grande coopérative dans un riche quartier urbain? Il s'agit de questions tout à fait légitimes.

De fait, un réseau de cliniques coopératives communautaires ne refléterait pas l'approche tranchée des cliniques de santé traditionnelles gérées par l'État face aux soins de santé. Dans le cas des CLSC du Québec, le gouvernement met sur pied des cliniques selon le modèle de service standard qu'il juge nécessaire. À ce sujet, attardons-nous un instant aux propos exagérés qui circulent actuellement.

Comme je l'ai déjà dit, les cliniques coopératives font déjà partie du régime public de soins de santé et elles vont y rester. Comme cela se fait présentement au Québec et en Saskatchewan, les cliniques coopératives offrent des services payés par chaque province selon le barème tarifaire établi par son ministère de la Santé. Même si les membres de la coopérative réclament de modestes frais d'adhésion (15 \$ par personne ou 30 \$ par famille dans une coopérative de Saskatoon et 50 \$ par famille dans une coopérative d'Aylmer au Québec, par exemple), les gens n'ont pas à payer pour les services de santé

¹ Jack Quarter, Daniel Schugurensky, Erica McCollum et Laurie Mook, « Textbooks economical with words about co-ops », 5 septembre 2007, p. A48.

une fois membres. Ainsi donc, les cliniques coopératives offrent les mêmes services de santé de base à chaque endroit.

S'il y en avait assez à l'échelle régionale ou nationale, elles formeraient une fédération qui aiderait à établir une série de normes communes et garantirait l'accès du personnel à la formation et au perfectionnement professionnel. Les fédérations permettraient de généraliser des pratiques exemplaires comme celles de la Coop santé d'Aylmer qui, grâce à un partenariat avec la caisse populaire locale, peut garantir à ses médecins les

dans le cas des médecins spécialistes. De fait, essayez de trouver un spécialiste dans une petite ville de nos jours.

Cette situation plutôt inéquitable s'applique aussi à une bonne partie de l'infrastructure actuelle du système de santé publique. À titre d'exemple, la plupart des hôpitaux existaient bien avant l'avènement de l'assurance-maladie mais, à quelques exceptions près, ils occupent la même zone géographique depuis leur adhésion au système public. Par conséquent, plusieurs quartiers et petites villes n'ont toujours pas d'hôpital.

s'arrangent généralement pour les obtenir. En réalité, de par leur nature, les coopératives peuvent généralement offrir une gamme de services de santé plus inclusifs : spécialistes, psychologues, diététistes, thérapeutes, etc. que la plupart des cliniques privées. Le recours à des professionnels de la santé salariés et l'attribution d'une juste rémunération au personnel non médical créent une solide base financière qui permet de soutenir les activités de la coopérative².

Les coopératives de soins de santé ne constituent pas une panacée et ne sauraient répondre à tous les besoins en matière de santé. Nous continuerons d'avoir besoin d'hôpitaux publics dotés de ressources et de technologies de pointe et d'autres formes de services de soins de santé. Les coopératives réussiront-elles à calmer les inquiétudes et à démentir les préjugés susmentionnés? Ceci dépend, dans une large mesure, des mesures que le mouvement coopératif engagera pour exploiter la situation actuelle qui, sur papier, semble favoriser grandement l'expansion des services de santé coopératifs. Au moment même où bien des citoyens réclament un régime de soins de santé qui s'avère imputable à l'échelle locale, qui s'adapte bien à leurs besoins et qui fait un usage stratégique des ressources, la coopérative de soins de santé offre une option concrète et prometteuse.



Au moment même où bien des citoyens réclament un régime de soins de santé qui s'avère imputable à l'échelle locale, qui s'adapte bien à leurs besoins et qui fait un usage stratégique des ressources, la coopérative de soins de santé offre une option concrète et prometteuse.

meilleurs prêts hypothécaires résidentiels de la région. À l'heure actuelle, la plus grande fédération coopérative de santé est la Fédération des coopératives de services à domicile du Québec qui offre à ses membres toute une gamme d'avantages, de la formation des ressources humaines aux activités de revendication auprès du gouvernement.

N'oublions pas que dans la plupart des provinces, le système de soins de santé n'est pas le même d'un quartier ou d'une ville à l'autre. En plus de la présence de cliniques médicales privées, on constate qu'elles sont nettement plus nombreuses dans les riches quartiers urbains que dans les régions rurales et les quartiers urbains défavorisés. La situation est plus discriminatoire encore

En ce sens, plutôt que d'intensifier les disparités actuelles sur le plan des services de santé, les soins de santé coopératifs contribuent à les atténuer.

Quoique les cliniques communautaires coopératives autorisent leurs membres à mettre sur pied des cliniques distinctes, ces distinctions n'ont rien à voir avec l'établissement de « coopératives plus riches ou plus pauvres ». Toutes les coopératives reçoivent les mêmes fonds du gouvernement pour les services assurés qu'elles procurent. Les distinctions tiennent davantage à l'aptitude de chaque coopérative d'offrir à ses membres les services qu'ils veulent et dont ils ont besoin. Si les membres sont plus intéressés à certains types de services particuliers que d'autres, ils

JOHN ANDERSON est le directeur des Affaires gouvernementales et des politiques publiques de la Canadian Co-operative Association (www.coopsCanada.coop) et également membre du Réseau canadien de développement économique communautaire (RCDEC). Pour le joindre, composez le 613-238-6711, poste 228 ou envoyez un courriel à John.Anderson@coopsCanada.coop.

² Voir Jean-Pierre Girard, « The Health Care Debate: Public vs Private? Is there a place for community ownership? » Présentation donnée lors du Congrès de la Canadian Co-operative Association 2007 de St. John's, Terre-Neuve-et-Labrador, le 3 octobre 2007. <http://coopsCanada.coop/congress2007/workshops/A5_Girard.pdf>