



LES COOPÉRATIVES DE SANTÉ DANS LE MONDE : UNE PRATIQUE PRÉVENTIVE ET ÉDUCATIVE DE LA SANTÉ

PAR

Yvan Comeau
Jean-Pierre Girard

No 0396-074

La Chaire de coopération Guy-Bernier de l'Université du Québec à Montréal a été fondée en 1987 grâce à une contribution financière de la Fédération des caisses populaires Desjardins de Montréal et de l'Ouest-du-Québec, contribution qui a été renouvelée en 1992 et 1995 et de la Fondation UQAM.

La mission de la Chaire consiste à susciter et à promouvoir la réflexion et l'échange sur la problématique coopérative dans une société soumise à des modifications diverses et parfois profondes de l'environnement économique, social et démographique. La réflexion porte autant sur les valeurs, les principes, le discours que sur les pratiques coopératives. Les véhicules utilisés par la Chaire de coopération Guy-Bernier pour s'acquitter de sa mission, sont: la recherche, la formation, la diffusion et l'intervention conseil auprès des coopérateurs et coopératrices des divers secteurs.

Au plan de la recherche, les thèmes généraux, jusqu'à présent privilégiés, portent sur -les valeurs coopératives, et le changement social -les rapports organisationnels et la coopération -les aspects particuliers de la croissance des caisses populaires -les coopératives dans les pays en voie de développement. Une attention particulière est portée depuis quelques années au secteur du travail, à celui des services sociosanitaires ainsi qu'au micro-crédit et tout récemment au commerce équitable et à l'évaluation des entreprises n'ayant pas le profit comme objectif.

Au plan de la formation, l'action s'effectue dans deux directions : - au niveau universitaire, par l'élaboration de cours spécifiques sur la coopération et par l'attribution de bourses pour la rédaction de mémoires et de thèses ayant un thème coopératif; tout récemment, la Chaire a formé un partenariat avec la Chaire Seagram sur les organismes à but non lucratif et le département d'organisation et ressources humaines de l'École des sciences de la gestion de l'UQAM pour démarrer, en septembre 2000, un programme de MBA pour cadres spécialisé en entreprises collectives - au niveau du terrain, en répondant à des demandes du milieu pour l'élaboration de matériel didactique et de programmes de formation spécifique.

Les résultats des travaux de recherche sont diffusés dans des cahiers de recherche qui parfois, sont des publications conjointes avec des partenaires. La Chaire organise aussi des colloques, séminaires et conférences.

L'activité d'intervention-conseil prend des formes variées : conférences, session d'information, démarche d'accompagnement en diagnostic organisationnel, en planification stratégique.

La Chaire entretient des activités au plan international en offrant des services de formation, d'organisation et de supervision de stages, de développement et d'évaluation de projet sur une base ponctuelle et institutionnelle, notamment auprès des pays de l'Afrique francophone. La Chaire a ainsi développé une collaboration privilégiée avec l'Université internationale de langue française au service du développement africain, l'Université Senghor. Des missions d'études et d'échanges sont aussi menées régulièrement dans d'autres pays : en Guinée, au Brésil, au Viêt-Nam, en Haïti et dans divers pays d'Europe surtout en France, Italie, Espagne et Belgique.

Chaire de coopération Guy-Bernier Mauro-F. Malservisi, titulaire Université du Québec à Montréal C. P. 8888, succ. « Centre-Ville » Montréal, Québec, H3C 3P8	Téléphone : 514-987-8566 Télécopieur : 514-987-8564 Adresse électronique : chaire.coop@uqam.ca Site : http://www.chaire-ccgb.uqam.ca/
---	---

RÉSUMÉ

Ce rapport de recherche donne un aperçu des coopératives de santé dans différents contextes sociosanitaires nationaux. Débutant par une réflexion sur la crise des États-providence, les auteurs y décrivent les écueils des systèmes publics de santé et l'émergence de solutions palliatives dont la formule coopérative. Puis, ils brossent un tableau de l'importance internationale des coopératives de santé, des dynamiques de développement qui leur sont propres et des approches en matière de santé qui y sont favorisées.

Par la suite, le document s'attarde au système national de santé, à la place et aux particularités des coopératives de santé dans 11 pays. Cette description occupe la plus grande partie du rapport et couvre le Canada, les États-Unis, le Costa Rica, le Panama, le Brésil, la Suède, l'Espagne, l'Inde, le Sri Lanka, la Malaisie et le Japon. En conclusion, les auteurs dégagent un certain nombre d'enjeux interpellant le développement des coopératives de santé.

Table des matières

RÉSUMÉ.....	i
INTRODUCTION.....	1
COOPÉRATIVES DE SANTÉ ET CRISE DES ÉTATS-PROVIDENCE	5
1. La naissance des États-providence	6
2. La crise des systèmes publics de santé	8
2.1 La crise d'un modèle de développement.....	8
2.1 La crise de croissance de l'État-providence	10
2.2 La contre-productivité du système de santé	11
3. Le phénomène des coopératives de santé.....	13
3.1 La classification des coopératives de santé.....	14
3.2 Les dynamiques de développement des coopératives de santé	15
3.2.1 Le développement d'organisations de deuxième et troisième niveau par des coopératives de santé de premier niveau.....	16
3.2.2 Le développement d'organisations de deuxième et de troisième niveau par des pharmacies coopératives	17
3.2.3 Le développement d'organisations de deuxième et de troisième niveau par des coopératives supportant le secteur de la santé.....	17
3.2.4 Le développement d'organisations secondaire et tertiaire par des coopératives dont les activités ont un impact sur la santé	17
3.2.5 Le développement de systèmes de deuxième et de troisième niveau par des coopératives qui pourraient apporter un support à des coopératives de santé.....	18
3.2.6 Le développement de systèmes secondaire et tertiaire par des coopératives autres que des coopératives de santé.....	18
3.2.7 L'approche globale de la santé par des mouvements coopératifs nationaux et coopération internationale	18
CANADA.....	20
1. Un aperçu du système de santé canadien.....	21
2. La crise du système de santé.....	22
3. L'état de situation des coopératives de santé au Canada.....	23
4. Un cas type la Regina Community Clinic	24
5. L'émergence des coopératives de santé.....	25
6. Le financement	26
7. L'organisation	27
8. Les règles du jeu	28
9. Une appréciation des coopératives canadiennes de santé.....	30

QUÉBEC.....	32
1. La Coopérative de santé de Québec (1944).....	33
2. La CSRA (Coopérative du service régional d'approvisionnement).....	36
3. Les coopératives ambulancières.....	37
4. Vision Santé Les Grès	38
ÉTATS-UNIS	39
1. Le système de santé américain	39
2. L'émergence des coopératives de santé.....	41
3. Les Health Maintenance Organization (HMO)	42
4. Le Group Health Cooperative of Puget Sound un HMO coopératif.....	45
5. Les autres types de coopératives de santé.....	47
COSTA RICA	49
1. Le système de santé au Costa Rica	49
2. Les coopératives de santé.....	54
2.1 Coopesalud	55
2.2 Coopesain.....	56
2.3 Medicoop.....	57
2.4 Coopesana	58
3. Les défis pour les coopératives costariciennes de santé	59
PANAMA.....	60
1. Le système de santé.....	60
2. Coopasi	61
BRÉSIL.....	64
1. Le système de santé brésilien.....	65
2. Unimed.....	68
SUÈDE 71	
1. Le système de santé suédois.....	71
2. La critique du système de santé	73
3. Les coopératives de consommation.....	75
3.1 Les coopératives de parents.....	76
3.2 STIL.....	77
3.3 Medikoop.....	77
4. Les coopératives de travail.....	78
5. Les défis pour le mouvement coopératif suédois.....	78

ESPAGNE	80
1. Le système de santé espagnol.....	81
2. Les coopératives dans le domaine de la santé	84
2.1 Lagun-Aro Entidad de Prevision Voluntaria.....	84
2.2 La coopérative de travail CES Clinicas.....	87
2.3 Le complexe coopératif de soins de santé (Barcelone)	89
INDE 90	
1. Le système de santé indien	91
2. Les coopératives de santé.....	94
SRI LANKA	97
1. Le système de santé srilankais	98
2. Les coopératives dans le domaine de la santé	99
2.1 Galle District Co-Op Hospital Society	101
2.2 Gampaha Co-Operative Hospital Society Limited.....	103
MALAISIE	104
1. Le système de santé malais.....	105
2. Les expériences coopératives	107
JAPON 109	
1. Le système de santé japonais.....	110
2. Les coopératives de santé.....	114
2.1 J. A. Group (National Welfare Federation of Agricultural Co-ops)	115
2.2 MCCJCCU (Medical Co-operative Committee of Japanese Consumer's Co-operative Union)	116
2.3 L'exemple d'une coopérative médicale JCCU la coopérative médicale Saitama.....	119
CONCLUSION.....	122
BIBLIOGRAPHIE	131
Annexe 1	
Liste des sigles et abréviations	136
Annexe 2	
Importance de la branche des soins médicaux en 1984.....	137
Annexe 3	
Statistiques générales de certains pays (1992).....	138

INTRODUCTION

Phénomène à peu près inconnu au Québec il y a encore quelques années, plusieurs coopératives de consommateurs et de producteurs dans le domaine de la santé existent pourtant au Japon, au Canada, en Inde, au Brésil, pour ne nommer que ceux-là. Précisément, ce document fait l'étude de quelques-unes de ces organisations qui adhèrent toutes aux principes coopératifs, mais qui se distinguent notamment par la place qu'elles occupent dans les différents systèmes nationaux de santé.

Ce rapport s'intéresse donc aux coopératives de santé, même si pour comprendre leur place dans le système de santé d'un pays donné, nous devons traiter parfois des coopératives dans le domaine de la santé. Nous ferons abstraction, dans ce document, d'expériences communautaires de santé qui s'apparentent malgré tout en plusieurs points aux coopératives de santé. Il s'agit, par exemple, des centres de santé des femmes; des cliniques communautaires telles qu'elles existaient au Québec avant la création des premiers CLSC au début des années 1970 et telles qu'elles existent dans différents pays; des pharmacies communautaires; et coopératives. Nous définissons alors une coopérative de santé comme étant une organisation coopérative vouée aux soins médicaux, de santé et de bien-être. La caractéristique commune de ces organismes est la mise sur pied et l'offre de services hospitaliers et cliniques assurant la distribution de soins de santé aux membres de la coopérative et à la population. Leur fonctionnement est basé sur les principes coopératifs, l'engagement pour la santé globale, la prévention et la qualité des soins. Les valeurs des coopératives de santé sont : la réponse aux besoins de santé par des activités économiques, la participation démocratique, le développement humain, la responsabilité sociale, et l'intercoopération aux plans national et international (MCCJCCU, 1992 : 158) (consulter l'annexe 2 pour la signification des sigles) .

À l'échelle internationale, c'est vraiment en 1992 que s'est activé le processus de concertation en matière de coopérative de santé. La tenue du premier forum international sur les coopératives de santé, organisé par le Comité des coopératives médicales JCCU et la Fédération nationale de bien-être des coopératives agricoles (J. A. Group) dans le cadre des activités entourant le congrès de l'ACI tenu cette année-là à Tokyo, a permis de réunir des représentants de plus d'une dizaine de pays et de connaître diverses expériences nationales. Par la suite, deux forums régionaux ont eu lieu. Le premier, organisé pour l'Asie à l'initiative du Comité des coopératives médicales JCCU, s'est tenu à Colombo au Sri Lanka en juin 1994. Le second, pour l'Amérique, s'est tenu en juin 1995 à São Paulo,

à l'initiative d'Unimed, le réseau coopératif brésilien de santé. En septembre 1995, plus d'une centaine de participants se sont retrouvés pour le second forum international sur les coopératives de santé et de services sociaux, cette fois-ci à Manchester au Royaume-Uni, dans le cadre du congrès marquant le centième anniversaire de l'ACI. Il a été alors décidé de créer un comité provisoire qui verra à jeter les bases d'un comité permanent de l'ACI sur les coopératives de santé. Deux forums régionaux se tiendront à nouveau en Asie et en Amérique en 1996.

Au Québec, le mouvement coopératif se questionne sur le rôle qu'il peut jouer dans le domaine de la santé. Au Québec, depuis plusieurs années, le mouvement coopératif cherche à jouer un rôle plus actif dans le domaine de la santé. Un comité de travail sur le développement de la formule coopérative dans le secteur de la santé recommandait dans son rapport, déposé au Conseil de la coopération du Québec en 1991, de chercher à explorer davantage la création de coopératives de gestion et d'approvisionnement de produits pharmaceutiques en concluant «qu'à plus long terme, les coopératives pourraient se développer dans les secteurs de services et de soins médicaux» (Comité de travail, 1991 : 10). Des coopératives offrant des services spécifiques à certaines clientèles (personnes handicapées, diabétiques, etc.) constitueraient également une avenue de développement (Conseil québécois du regroupement des coopératives de développement régional, 1992). Par ailleurs, le ministre actuel du ministère québécois de l'Industrie, du Commerce, de la Science et de la Technologie, M. Daniel Paillé, serait intéressé par le développement de nouvelles expériences coopératives, notamment par les coopératives de santé (Lavoie, 1994). Dans ces réflexions entourant la place de la formule coopérative dans le domaine de la santé au Québec, il est apparu assez clairement que sauf pour quelques cas existant dans d'autres provinces, la connaissance d'expériences étrangères en cette matière était pour le moins très limitée. Ce rapport de recherche vise à combler modestement cette lacune et, en ce sens, part de la perspective d'un régime de santé s'inscrivant dans un État-providence.

Les différents chapitres de ce rapport de recherche présentent des pays ayant des systèmes de santé fort différents. À cet égard, il faut distinguer les pays ayant les ressources et la volonté politique de développer un régime universel de santé, et ceux dont les ressources limitées ou le manque d'engagement de l'État ne permettent de répondre qu'en partie aux besoins. Richard Titmuss (1958) (cité par Esping-Andersen, 1989) a proposé une catégorisation de la politique sociale - qui couvre incidemment la sécurité sociale et le revenu, le travail et la main-d'oeuvre, l'habitation et l'environnement, l'éducation et les

services sociaux (Brown, 1985; Rodgers, 1979, Kahn et Kamerman, 1977, cités par Beaudoin, 1987 : 21) - en distinguant les conceptions résiduelle et institutionnelle de l'État. La conception résiduelle attribue à l'État «un rôle subsidiaire ou résiduel dans le champ social puisque la protection des risques doit être assurée par le marché et la famille». Pour la conception institutionnelle, l'État devient «l'instrument pour corriger le processus de redistribution des sociétés capitalistes», garantissant «le droit à des services publics universels qui assurent une protection contre les risques et l'insécurité socio-économique» (Groulx, 1990 : 10-11).

Nous aurons l'occasion, dans ce document, de connaître diverses expériences coopératives dans le domaine de la santé dans des pays ayant des conceptions fort différentes de la politique sociale.

Notre méthodologie repose essentiellement sur une analyse documentaire et descriptive de documents récents sur les coopératives de santé. Ceux-ci ont été recueillis lors d'une tournée en Europe au Bureau international du travail, à l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et au siège social de l'ACI, tous trois à Genève. Des centres de documentation universitaires et coopératifs - entre autres celui de Coop Atlantique - ont été consultés, de même que des sources informatisées de données bibliographiques. Des contacts directs avec des regroupements coopératifs au Canada, aux États-Unis, au Brésil, en Espagne et au Japon, nous ont donné accès à des documents de première main. Une visite terrain a également eu lieu au Costa Rica, grâce à la collaboration de Jorge Barrantes. Il ne s'agit évidemment pas d'une présentation exhaustive des coopératives de santé dans le monde, d'autant plus que nous ne disposons pas actuellement d'information concernant les coopératives de santé en Italie et en Angleterre, ni à propos des pharmacies coopératives en Belgique.

Afin de comprendre le contexte national des coopératives de santé, nous prenons soin de proposer une théorie de la crise des États-providence dans le prochain chapitre, ainsi qu'une typologie des coopératives de santé et leur contexte d'émergence dans différents pays. Par la suite, pour chaque pays où se déroulent des expériences significatives en matière de coopératives de santé, nous exposons l'essentiel du système de santé. Cet aperçu des systèmes de santé est certainement limité dans la mesure où notre description d'une situation parfois fort complexe ne s'appuie que sur quelques auteurs. Malgré cette limite, le lecteur peut être introduit au système de santé de chaque pays. Pour décrire les expériences de coopératives de santé, nous avons considéré les dimensions suivantes : les conditions d'émergence, le financement, les aspects organisationnels, les éléments

institutionnels (règles du jeu, pouvoir des usagers et des producteurs), les défis qui leur sont posés et l'appréciation générale, dans la mesure où la documentation le permet.

Nous avons choisi de présenter les coopératives de santé en procédant pays par pays, et en respectant les dimensions que nous venons tout juste d'évoquer. L'ordre de présentation est géographique puisque nous débutons par l'Amérique du Nord, pour traverser par la suite l'Europe et nous rendre en Asie : Canada, Québec, États-Unis, Costa Rica, Panama, Brésil, Suède, Espagne, Inde, Sri Lanka, Malaisie et Japon. Nous concluons en présentant une synthèse des différentes dimensions de notre grille d'analyse, les paramètres actuels favorables ou non au développement des coopératives de santé et à leurs effets sur le caractère redistributif des politiques sociales.

COOPÉRATIVES DE SANTÉ ET CRISE DES ÉTATS-PROVIDENCE

Ce chapitre présente quelques propositions théoriques visant à comprendre le contexte social historique récent dans lequel ont vu le jour les coopératives de santé. Nous devons d'abord particulariser la situation des pays ayant des objectifs institutionnels de santé, mais dont les ressources ne leur permettent qu'une mise en application résiduelle d'un système public de santé. Puis, nous nous attarderons à l'explication du paradoxe apparent de l'émergence des coopératives de santé dans des pays où existe un régime universel de santé. Enfin, nous exposons les différentes dynamiques de développement des coopératives de santé.

Malgré des énoncés de politique sanitaire généreux et des efforts remarquables compte tenu de leurs ressources, plusieurs États n'ont pas pu mettre en place un ensemble de politiques équivalentes à celles qu'on retrouve dans les États-providence. Dans les chapitres consacrés au Brésil, au Panama, au Costa Rica, à l'Inde et au Sri Lanka, nous verrons que les systèmes publics de santé ne couvrent qu'une partie des besoins en matière de santé et qu'une partie importante de la population se retrouve sans protection contre les risques de maladie. Dans ces pays, c'est la nécessité de services de santé qui incite les individus à se regrouper au sein d'une coopérative de santé. Dans ce cas, les coopératives de santé jouent un rôle actif pour protéger la santé de leurs membres et même de la population locale parfois, dispenser des soins médicaux et protéger les droits des patients. Elles permettent d'offrir des soins de santé aux populations rurales qui n'ont pas accès à certains services médicaux, aux personnes économiquement pauvres et aux personnes âgées de bénéficier de soins de base.

Nous aurons l'occasion d'explicitier davantage les conditions concrètes d'émergence des coopératives de santé dans ces pays qui subissent, au niveau mondial, l'écart croissant entre riches et pauvres dans le secteur des soins de santé, constaté en 1990, quand paraît le *Rapport mondial sur le développement humain*, parrainé par le PNUD (CRDI, 1994 : 4; Medical Co-op Committee of JCCU, 1992 : 137) et repris dans le cadre du rapport annuel 1995 de l'OMS (WHO, 1995). Attardons-nous davantage à la compréhension des coopératives de santé dans les pays où existait une conception institutionnelle de la politique sociale et de la santé en particulier.

1. La naissance des États-providence

Les premières mesures sociales promulguées par un État apparaissent en Angleterre au XVII^e siècle. La monarchie avait alors adopté une série de lois (taxe spéciale pour les indigents et organisation de services sur une base paroissiale). Même si ces lois ont été révisées en 1834 (*Poor Law Amendment Act* rendant le système plus centralisé et l'assistance plus restrictive), ce n'est qu'au début du XX^e siècle que l'Angleterre commence à se doter de politiques sociales rigoureuses. L'assistance aux vieillards prend effet en 1908, puis sont instaurées l'assurance-maladie et l'assurance-chômage en 1911.

Le Rapport Beveridge (nom donné à la Commission par le président William Henry Beveridge (1879-1963), économiste), publié en 1942, a influencé la plupart des pays occidentaux pour définir le rôle de l'État dans les politiques sociales. Le modèle qui en est issu se caractérise par un financement et une prestation publique de soins de santé et de services sociaux. Ce modèle est distinct d'un autre d'origine allemande, le modèle Bismarck, pour qui le financement vient essentiellement des employeurs et des employés alors que la prestation des soins et des services est une combinaison publique et privée (Jönsson, 1995). Les principes de l'État-providence tel qu'on l'a connu et conçu jusqu'à aujourd'hui se définissent de la manière suivante : système généralisé, unifié, simple, uniforme, centralisé et financé par la fiscalité. Quant à l'expression «État-providence», elle apparaît en France vers 1860 comme projet lié à une philosophie sociale. Le terme allemand *Wohlfahrtsstaat* a été utilisé pour la première fois vers 1870, au moment où le courant socialiste dirigé par Ferdinand Lasalle était très actif. Ce n'est que vers 1940 que les Anglo-Saxons consacrent la formule *Welfare State* pour désigner la certitude de la protection étatique qui se substituait graduellement à la providence religieuse. (Rosanvallon, 1992 : 27-28 et 143-156).

La théorie de la régulation offre une explication de l'émergence de l'État-providence, sa crise et le contexte dans lequel se développent des coopératives de santé et d'autres coopératives dans le domaine de la santé. Cette théorie cherche à expliquer les périodes historiques de crise et de mutations sociales, et découvrir le mode de régulation qui se met en place, c'est-à-dire l'«ensemble cohérent de codifications des divers rapports sociaux (de formes structurelles telles que les institutions, les normes et la routine sociale) qui forment un système et assurent ainsi une certaine régularité à ces rapports dans une société donnée pour une période donnée» (Bélanger et Lévesque, 1991 : 17). Après une période d'instabilité, de conflits et de luttes sociales, les rapports de pouvoir se matérialiseraient

dans un système de relations relativement stable, ou encore une configuration de règles du jeu ou de compromis institutionnalisés (Bélanger et Lévesque, 1988 : 50-51). Lorsqu'un armistice rend les rapports entre les groupes sociaux relativement stables pendant une période historique, qu'un régime d'accumulation prend une régularité macroéconomique, et que les représentations des groupes concernant leurs identités et leurs intérêts se structurent dans des représentations et un discours partagés, on assiste à la mise en place d'un modèle de développement d'une société (Lipietz, 1990 : 98-100). C'est pourquoi, dans le domaine des politiques sociales et plus particulièrement des services de santé, on assiste actuellement à la recherche, par les différents acteurs, de nouveaux rapports entre les secteurs public, privé et communautaire. La crise de l'État-providence serait d'abord et avant tout la crise d'un modèle de développement.

C'est donc dire que de la Seconde Guerre mondiale au début des années 1960, un modèle de développement a prévalu. Ce modèle appelé fordiste comportait la mise en place et le développement d'un État-providence, avec, en plus, le taylorisme et la consommation de masse. Dans les États, le providentialisme s'est mis en place à des périodes différentes. Ainsi, le Québec a accusé un retard par rapport au reste du Canada, parce qu'il s'opposait à l'invasion fédérale dans un champ de juridiction provinciale, et parce que les classes sociales dominant le Québec d'avant 1960 ne voulaient pas innover socialement (Vaillancourt, 1988 : 143).

L'État-providence varie dans ses formes et il conviendrait de traiter des États-providence. Gosta Esping-Andersen (1989) propose une approche comparative des États-providence. Il croit que l'institution de différents États-providence résulte de la mobilisation plus ou moins intense des classes sociales, des structures particulières de la coalition entre les classes sociales et de l'héritage historique de l'institutionnalisation des régimes politiques. Il fonde sa typologie sur la citoyenneté (*social citizenship*). Les critères de distinction entre les modèles d'États-providence sont la reconnaissance de droits sociaux, la stratification sociale des bénéficiaires, et la conception de l'intervention étatique à l'interface du marché, de la famille et de l'État. C'est pourquoi cet auteur distingue les États-providence libéral, corporatiste et social-démocrate.

L'État-providence libéral se caractérise par des transferts universaux modestes, s'adressant principalement à des personnes à très faible revenu. Il encourage une éthique du travail traditionnelle et libérale en insistant sur l'obligation du travail. Malgré la teneur résiduelle de ce type d'État-providence, la reconnaissance des droits sociaux correspond à une

certaine réalité. L'État-providence libéral érige des distinctions nettes entre les bénéficiaires du bien-être et les personnes actives sur le marché du travail, même si celles-ci bénéficient de mesures sociales. Les États-Unis et l'Australie sont des archétypes de ce modèle; le Danemark, la Suisse et la Grande-Bretagne s'en rapprochent. Le deuxième type est l'État-providence corporatiste. Le libre fonctionnement du marché n'a jamais été une obsession, comme cela est le cas pour l'État-providence libéral; d'ailleurs, l'État-providence n'hésite pas à remplacer le marché à titre de pourvoyeur de bien-être et à ce titre, les assurances privées et l'obligation du travail jouent un rôle marginal dans ce modèle. Les droits sociaux sont reconnus et rarement contestés. Pour l'État-providence corporatiste, la préservation des statuts domine dans la mesure où il intervient uniquement lorsque la capacité des familles de subvenir aux besoins des individus est épuisée. Ainsi, dans la plupart des pays ayant adopté ce modèle, l'assurance-sociale exclut les femmes à la maison et les politiques visant la famille encouragent la maternité. Les effets redistributifs sont donc limités dans des pays tels l'Autriche, la France, l'Allemagne et l'Italie. Le troisième type est l'État-providence social-démocrate. Dans des pays tels la Norvège et la Suède, et dans une moindre mesure le Canada, le Danemark et la Finlande, l'universalisme et les droits sociaux sont étendus et même reconnus à la classe moyenne. Les plus hauts standards d'égalité entre tous les citoyens sont atteints et toutes les classes de la société peuvent bénéficier du système d'assurance sociale universelle. Contrairement au modèle corporatiste, on n'attend pas l'épuisement des capacités familiales à venir en aide aux individus, mais on socialise de manière préventive les responsabilités familiales.

2. La crise des systèmes publics de santé

Pour comprendre la crise des systèmes de santé des États-providence, nous indiquons dans quelle mesure il s'agit, dans la perspective de la théorie de la régulation, de la crise d'un modèle de développement. Puis, nous nous arrêtons aux phénomènes spécifiques que sont l'hypertrophie de l'État-providence et la contre-productivité des systèmes de santé.

2.1 La crise d'un modèle de développement

Le modèle de développement fordiste est entré en crise à partir des années 1960 pour plusieurs raisons. Le travail aliénant se justifiait de moins en moins à mesure que les travailleurs se libéraient des privations matérielles et modifiaient leur éthique du travail basée sur la rareté des biens (Wisman, 1991). Dans le domaine du travail, le refus des rapports autoritaires et une nouvelle éthique du travail ont remis en cause la nature du

rapport salarial qui prévalait jusqu'alors et la productivité des entreprises en a été affectée. Du côté des rapports de consommation des services de l'État, les mouvements sociaux se sont opposés au modèle biomédical, au concept réducteur de la santé curative et à la définition technocratique des besoins (Bélanger et Lévesque, 1988 : 53). La chute de la productivité et la montée du chômage ont réduit les recettes fiscales de l'État qui doit repenser les modalités d'offre des services et même la couverture des besoins de santé (Rosanvallon, 1992 : 49-55).

La crise du modèle de développement fordiste et du type de régime politique qu'est l'État-providence ouvre la voie à de nouvelles pratiques dont les paramètres ne sont pas encore véritablement établis. Pour Charles F. Sabel (1993), professeur au MIT, la stratégie de l'État en est une de «débrouillardise empirique», car c'est «une façon de reconstruire complètement, pièce par pièce, les institutions les plus complexes, lorsqu'il est impossible de savoir à l'avance par quelles étapes il faut passer, ou d'avoir une idée précise des caractéristiques de l'ensemble reconstruit» (Sabel, 1993 : 3). Malgré l'hésitation et l'indécision qui prévalent chez les acteurs sociaux dans la période actuelle de transition, on identifie deux modèles de développement : le modèle de développement néo-libéral et le modèle alternatif (Lipietz, 1990 : 104-109). Le modèle néo-libéral se caractérise par l'accentuation de l'impératif technico-économique, l'affaiblissement des règles collectives dans les entreprises, la déréglementation et la réduction à un État minimal. On reconnaît par ailleurs les adeptes du modèle alternatif par leur désir d'une plus grande démocratisation des lieux de production et de consommation, l'auto-organisation d'activités d'utilité sociale et un rôle nouveau que pourrait jouer l'«État solidaire» sur la voie du développement social (lire à cet effet le numéro «L'État solidaire» de la revue *Possibles*, vol. 18, no 3).

Dans cette perspective régulationniste, nous proposons l'hypothèse suivante concernant le développement des coopératives de santé. La première génération de coopératives de santé a eu lieu il y a plus d'une trentaine d'années pour assurer aux travailleurs une protection sociale, dans des sociétés hésitantes à finaliser le compromis fordiste (par exemple, le Québec des années 1940). Dans certains pays du Sud (Panama, Brésil et Inde), les coopératives de santé récemment créées cherchent à combler les limites d'États incapables de répondre aux besoins sanitaires de la population. Puis, dans les années 1960, les nouveaux mouvements sociaux ont, entre autres, critiqué la pratique des soins de santé offerts par l'État-providence. Une deuxième génération de coopératives de santé ont alors vu le jour, par exemple dans l'Ouest canadien. Enfin, la troisième génération de

coopératives de santé est apparue à la fin des années 1980. La crise de l'État-providence et les menaces de privatisation ont incité des partenaires locaux à expérimenter cette alternative, notamment en Suède.

2.1 La crise de croissance de l'État-providence

D'emblée, la crise du système de santé est fiscale. «Le diagnostic est simple : les dépenses sanitaires et sociales croissent beaucoup plus vite que les recettes. D'où un lancinant problème de financement posé depuis vingt ans dans tous les pays industrialisés.» (Rosanvallon, 1992 : 7). Les coûts de la santé augmentent et on assiste au vieillissement de la population. D'après l'économiste Robert Evans, "*The Great Obstretical Contraction of 1965*" fera que le ratio des personnes pouvant travailler (18 à 64 ans) passera de 1,7 aujourd'hui à 1,3 en l'an 2031 (Norris, 1992).

Fortement inspirées de l'économie, un certain nombre de théories expliquent la crise des États-providence par son excroissance. Il s'agit des analyses économiques «classiques», de la théorie économique de la bureaucratie et de la théorie du marché politique (Rosanvallon, 1992 : 174-179).

Les analyses économiques «classiques» sont au nombre de trois : la théorie des biens collectifs, la théorie de la productivité différentielle et la théorie des effets de déplacement. La théorie des biens collectifs distingue les biens indivisibles qui ne peuvent pas être consommés individuellement (routes, infrastructures et services publics divers) et les biens divisibles. La consommation des biens indivisibles est socialisée et leur demande augmente plus vite que les biens divisibles, ce qui conduit à un accroissement de l'État et de l'État-providence. La théorie de la productivité différentielle explique l'accroissement du secteur public en disant que la plupart des services publics sont surtout des «services de main-d'oeuvre». Il est pratiquement impossible d'augmenter la productivité d'un individu pour maintenir et même améliorer la qualité des services. C'est pourquoi les dépenses publiques tendent à augmenter. La théorie des effets de déplacement rend compte de la rigidité à la baisse de l'ampleur du secteur public. Certains événements sociétaux comme les guerres produisent un effet de déplacement en poussant les revenus et les dépenses à un niveau plus élevé. Le caractère exceptionnel de la perturbation rend acceptable l'augmentation des prélèvements auprès des contribuables. Après que l'événement soit passé, le seuil de tolérance du niveau de prélèvements a augmenté.

La théorie économique de la bureaucratie insiste sur la tendance des bureaucrates à vouloir développer les institutions dont ils sont experts et à ne considérer que la forme des choses, et non plus les choses en elles-mêmes. Cette tendance entraîne une double inefficacité des services publics. L'inefficacité allocative signifie qu'il existe un excès de production des services publics; l'inefficacité productive suppose qu'il n'y a pas d'incitatifs ou de sanctions pour performer.

La théorie du marché politique considère le politicien comme un *homo economicus* ayant comme intérêt principal sa réélection. Pour satisfaire ses électeurs et les groupes dont le soutien lui apparaît essentiel, il développe les équipements publics.

2.2 La contre-productivité du système de santé

L'inefficacité de l'État-providence est une critique touchant non seulement l'aspect sanitaire, mais l'ensemble de la politique publique qui ne réussirait pas à réaliser une politique sociale véritablement redistributive. En ce qui a trait à la sécurité sociale, il y aurait un système caché d'assistance sociale qui ferait que, pour les programmes canadiens étudiés, «les personnes à revenu élevé bénéficient chaque fois des plus grands avantages, et que les contribuables à revenu moyen et faible ne bénéficient que d'avantages modestes» (Conseil national du bien-être social, 1976 : 34. Voir aussi : Rosanvallon, 1992 : 181; Fortin, 1988).

L'inefficacité proprement sanitaire des États-providence a été articulée par Ivan Illich (1975). L'institution médicale est un exemple des effets de démesure (d'où l'emprunt du nom de la divinité grecque Némésis dans le titre de son ouvrage) dans des secteurs comme l'éducation, le transport et la santé. Au-delà d'un certain point, le monopole radical du mode de production hétéronome (moyens de produire dont le contrôle échappe totalement à la masse des individus) aboutit à un phénomène paradoxal de contre-productivité: l'inflation, sans compter les gaspillages et les nuisances, l'encombrement de son propre produit et l'expropriation du pouvoir d'action personnelle (Illich, 1975 : 83-100).

Dans le cas particulier de la santé, l'institution médicale de la santé conduit à une iatrogénèse (des mots grecs *iatros* (médecin) et *genesis* (origine)) : la médecine institutionnalisée rendrait les individus malades et elle deviendrait pratiquement contre-productive. La iatrogénèse est clinique, sociale et structurelle. La iatrogénèse clinique concerne une foule d'effets secondaires indésirables de la thérapeutique médicale. Illich

met en lumière que les principales maladies endémiques (tuberculose, choléra, dysenterie, typhoïde, scarlatine, diphtérie, coqueluche et rougeole) ont connu une diminution de leur morbidité avant l'introduction d'antibiotiques et d'immunisation à grande échelle. C'est principalement, nous dit Illich, l'amélioration de la nutrition qui a développé la résistance individuelle; il est possible aussi que l'amélioration des conditions de logement et la baisse de la virulence des micro-organismes aient contribué à réduire de manière spectaculaire les effets des épidémies. Si cette amélioration de santé ne peut être uniquement attribuée au progrès de la médecine institutionnalisée, Illich montre aussi que la médecine, telle qu'elle est pratiquée généralement, intervient souvent inutilement et suscite d'autres problèmes de santé et d'angoisse suite à des erreurs. Un seul des exemples documentés par Illich est retenu ici : les infections les plus redoutables sont celles attrapées dans des salles d'opération où les micro-organismes les plus résistants ont survécu.

La iatrogénèse sociale concerne essentiellement la perte d'autonomie des individus dans l'action et dans le contrôle de leur milieu. La dépendance vis-à-vis l'intervention professionnelle diminue les possibilités qu'ont les gens ordinaires de faire face et de s'adapter. Qui plus est, ce contrôle est menacé par l'étiquetage et les rituels sanitaires systématiques des âges de la vie humaine. La vieillesse est un âge où les ressources de la santé sont utilisées de manière discutable (surmédication, prolongement de la vie des mourants, etc.). La iatrogénèse culturelle signifie que la douleur, l'infirmité et la mort sont de plus en plus perçues comme des écueils qui obligent chacun à consommer les produits monopolisés par l'institution médicale. De cette manière, il s'institue une culture incapable de fournir une interprétation de ces menaces les plus intimes et les plus fondamentales qui soient. «Le résultat est une régression structurelle du niveau de santé, pour autant que celle-ci est comprise comme pouvoir d'adaptation de l'être conscient.» (Illich, 1975 : 135). Dans une société alors dominée par l'analgésie, des stimulants de plus en plus puissants sont nécessaires pour avoir l'impression d'être vivants.

Dans cette perspective, les coopératives de santé apparaîtraient comme un lieu convivial de responsabilisation individuelle de la santé. «J'appelle société conviviale une société où l'outil moderne est au service de la personne intégrée à la collectivité, et non au service d'un corps de spécialistes. Conviviale est la société où l'homme contrôle l'outil.» (Illich, 1973 : 13) «Passer de la productivité à la convivialité, c'est substituer à une valeur technique une valeur éthique, à une valeur matérialisée une valeur réalisée.» (Illich, 1973 : 28).

Dans les coopératives de santé, les usagers des services de santé ou les producteurs, selon le cas, contrôlent l'organisation et la distribution des soins dans la mesure où le permettent l'organisation coopérative et leur propre implication. Les patients sauraient apprécier les services qui leur seraient rendus, dans la mesure où des professionnels de différentes orientations (médecines traditionnelles et douces) pourraient offrir leurs services dans une approche globale de la santé. On assisterait à une certaine déprofessionnalisation de la santé, même si les médecins auront toujours un rôle essentiel à jouer pour assurer la santé du public.

Cette lecture de la pertinence des coopératives de santé n'est certainement pas partagée par tous les acteurs de la santé. Les coopératives de santé peuvent être perçues comme étant des catalyseurs du démantèlement de l'État-providence. Nous aurons l'occasion dans la conclusion de nommer les enjeux qui les concernent.

3. Le phénomène des coopératives de santé

Dans de nombreux pays existent différentes expériences d'implication directe ou indirecte d'organisations coopératives dans le domaine de la santé. Jusqu'à récemment, ces initiatives étaient relativement isolées les unes des autres et se déroulaient sans véritable concertation. Il revient au réseau des coopératives médicales japonaises (MCCJCCU) d'avoir en quelque sorte brisé la glace en 1991 en amorçant une tournée internationale de différentes expériences. Depuis, telles qu'indiquées dans l'introduction, les initiatives se sont succédées, que ce soit pour l'organisation de forums internationaux (Tokyo en 1992 et Manchester en 1995) ou de forums régionaux (Asie-Pacifique en 1994, Amérique en 1995). Selon la volonté exprimée par les participants au Forum de Manchester, la création d'un comité permanent de l'ACI sur les coopératives de santé devrait se confirmer d'ici la fin de 1996.

Le département de la coordination des politiques et du développement durable de l'ONU a produit, pour le second forum international des coopératives de santé qui s'est tenu en septembre 1995, à Manchester (Royaume-Uni), un document permettant de faire le point sur les conditions pour un rayonnement accru des coopératives dans le domaine de la santé. Ce document (ONU / ACI, 1995) se divise en quatre parties : classification; statut actuel et dynamique de développement des coopératives dans le domaine de la santé; évaluation des progrès des coopératives de santé et des interventions du mouvement coopératif dans le domaine de la santé; et stratégie pour un développement accru des coopératives de santé.

À la base de ce document, on adopte une vision globale des coopératives et du domaine de la santé, c'est-à-dire que l'on ne se limite pas à l'étude des coopératives directement impliquées dans le domaine de la santé, mais on propose d'observer l'ensemble des coopératives qui peuvent avoir un lien direct ou indirect avec la santé, par exemple des coopératives de services financiers qui pourraient supporter des coopératives de santé, ou l'impact de coopératives d'habitation qui cherchent à améliorer la situation du logement, donc qui influent un des aspects des conditions de vie déterminant la santé globale. Dans cette optique, on peut ainsi envisager une série de combinaisons et de stratégies permettant une vision plus globale du développement de la formule coopérative dans le domaine de la santé. Voyons-y de plus près.

3.1 La classification des coopératives de santé

Typologie des coopératives de santé d'après l'ONU

Coopératives de santé directement concernées par la santé.	Coopératives de santé offrant des services aux individus (coopératives d'usagers, de producteurs et mixtes). Pharmacies coopératives. Coopératives offrant un support aux coopératives de santé.
Coopératives touchant des aspects de la santé.	Coopératives du secteur primaire. Coopératives du secteur secondaire. Coopératives du secteur tertiaire.
Coopératives pouvant apporter un support aux coopératives de santé.	Coopératives de services financiers. Coopératives de consultants. Coopératives fabriquant ou commercialisant du matériel.
Autres coopératives.	

Le document de l'ONU suggère une typologie des coopératives reliées au domaine de la santé à quatre niveaux, partant des organisations les plus concernées par la santé à des coopératives non concernées. Le premier groupe comprend des organisations coopératives dont la mission est en lien direct avec la santé. Comme l'illustre le tableau précédent, ces coopératives se regroupent en trois sous-catégories : des coopératives de santé qui offrent des services à des individus, soit sous forme de coopératives d'usagers, de coopératives mixtes (usagers/producteurs) ou de coopératives de producteurs; des pharmacies coopératives; des coopératives offrant un support en matière de santé aux coopératives de santé.

Le second groupe de coopératives concerne des organisations dont la mission inclut des aspects touchant la santé. De nouveau, ce groupe se divise en trois sections : des coopératives dans le secteur primaire ou de l'exploitation des ressources (par exemple, des coopératives agro-alimentaires, des coopératives forestières); des coopératives dans le domaine de la transformation et de la mise en marché; des coopératives dans le domaine des services (coopératives de vente d'aliments sains, des coopératives ou mutuelles d'assurances ou des coopératives dans le champ des services sociaux).

Le troisième groupe comprend des coopératives dont les activités ne touchent pas la santé mais qui peuvent apporter un important support à des coopératives de santé : des coopératives de services financiers; des coopératives de consultants en gestion ou de formation; des coopératives fabriquant ou commercialisant de l'équipement et du matériel constituant un intrant pour les coopératives de santé. Il est aussi noté que des coopératives offrent à leurs membres et/ou à leurs employés des protections d'assurance-santé et/ou des services de santé, par exemple, par une filiale de la coopérative qui aurait ce mandat. Enfin, dans le quatrième groupe, on retrouve l'ensemble des autres coopératives.

3.2 Les dynamiques de développement des coopératives de santé

L'ONU identifie les différentes modalités de développement des coopératives de santé selon les types identifiés précédemment. En ce qui concerne les coopératives d'usagers, on établit qu'il peut y avoir quatre phases de développement - même si elles ne sont pas toutes franchies par les coopératives d'usagers - tant sur le plan des activités que sur le plan organisationnel :

- phase a) développement en utilisant l'initiative (*self help*) collective du milieu sans aide extérieure et mise en commun de ressources pour satisfaire les besoins;
- phase b) mise en commun de ressources, principalement financières, en vue de se constituer un regroupement pour obtenir des services, parfois médicaux, parfois d'assurance-santé;
- phase c) utilisation de diverses ressources en vue de démarrer les activités d'une coopérative de santé. Les phases b) et c) requièrent une accumulation de ressources qui ne peut être possible que par un important développement économique du milieu ou une augmentation significative du membership;
- phase d) constitution de filiales et/ou liens avec d'autres coopératives de santé et implantation de coopératives de deuxième niveau.

La séquence de développement que nous venons de voir nous sert de référence pour situer les phases de développement des autres types de coopératives. Les coopératives mixtes démarrent généralement à la phase c), le principal groupe d'acteurs étant des professionnels de la santé qui peuvent ainsi déjà compter sur des ressources pour amorcer les activités. Quant aux coopératives de producteurs, le projet débute à la phase c), quand il s'agit d'une initiative provenant directement de producteurs pour former une coopérative de premier niveau. Dans le cas d'une coopérative formée de corporations indépendantes (sans statut coopératif), la coopérative amorce ses opérations pratiquement à la phase d). Si une coopérative a des filiales de services spécialisés, on parle alors d'une phase e) et d'une phase f) lorsque le développement du système se fait dans un cadre intégré à l'échelle du pays, comme c'est le cas avec UNIMED au Brésil et sous évaluation en Malaisie.

3.2.1 Le développement d'organisations de deuxième et troisième niveau par des coopératives de santé de premier niveau

Il n'y a pas d'exemple connu de développement d'organismes de deuxième niveau (échelle d'une région) ou de troisième niveau (échelle d'un pays) par des coopératives d'usagers de santé, la question de l'absence de masse critique expliquant cette situation. Quant à un organisme de troisième niveau, il n'y a qu'au Japon que la chose existe, tant pour le réseau des coopératives médicales associées aux coopératives de consommation que pour les coopératives de santé intégrées dans le réseau des coopératives agricoles. Il est cependant à noter l'engagement d'organismes coopératifs nationaux de représentation comme le Conseil canadien de la coopération ou le National Coop Business Association aux États-Unis dans la promotion, auprès des pouvoirs publics, de la formule de coopératives d'usagers dans le domaine de la santé.

À l'initiative de coopératives mixtes, il n'y a pas d'exemple en ce sens. Il existe cependant des initiatives provenant de coopératives de producteurs visant l'établissement de coopératives de deuxième ou troisième niveau. Au Brésil, on retrouve, dans le réseau UNIMED, 17 regroupements à l'échelle régionale et une organisation parapluie au niveau national - UNIMED DO BRASIL - une confédération qui offre plusieurs services de support et assume la coordination du réseau.

Il existe des exemples de collaboration entre des organisations de troisième niveau, comme c'est le cas pour les deux organisations nationales de coopératives de santé au Japon, qui ont notamment collaboré pour la tenue du premier forum international des coopératives de santé. On remarque aussi la possibilité de collaboration entre coopératives d'usagers et

coopératives de producteurs, l'exemple le plus connu étant l'implantation au Brésil d'une coopérative d'usagers (USIMED) associée au réseau de coopératives de producteurs UNIMED au Brésil.

3.2.2 Le développement d'organisations de deuxième et de troisième niveau par des pharmacies coopératives

Le seul exemple connu en cette matière est l'Office des pharmacies coopératives de Belgique (OPHACO) mis sur pied par les pharmacies de base. Ouvrant dans un contexte de vive concurrence, des pharmacies indépendantes se sont regroupées aux États-Unis pour fonder des coopératives d'achats de deuxième niveau.

3.2.3 Le développement d'organisations de deuxième et de troisième niveau par des coopératives supportant le secteur de la santé

Des exemples semblables existent mais ne sont pas développés à la base par des coopératives. C'est le cas des coopératives de regroupement d'achats mises sur pied par des hôpitaux privés - à but lucratif ou sans but lucratif - aux États-Unis et au Québec dans la région de la Mauricie. Par ailleurs, il n'y a pas d'exemple connu de développement d'un système intégré de coopératives de santé, de pharmacies coopératives et de coopératives supportant le secteur de la santé.

3.2.4 Le développement d'organisations secondaire et tertiaire par des coopératives dont les activités ont un impact sur la santé

De très nombreux exemples existent en ce sens. Comme il s'agit de coopératives qui par leurs activités respectent et font la promotion d'aspects liés à une vision globale de la santé, on peut intégrer dans cette catégorie, entre autres, des coopératives d'alimentation saine ou des coopératives d'habitation qui ont mis sur pied des structures de deuxième et de troisième niveau.

Le Japon offre un bel exemple de collaboration entre des coopératives de santé et d'autres coopératives qui ont un impact sur la santé. Dans ce cas, il existe une collaboration étroite entre les coopératives de santé et les coopératives de consommation au sein du réseau JCCU. Cette situation est d'autant plus aisée, que les coopératives de santé sont nées de l'initiative des coopératives de consommation et y restent institutionnellement rattachées, bien qu'étant autonomes, par le comité des coopératives de santé (Medical Co-op committee).

3.2.5 Le développement de systèmes de deuxième et de troisième niveau par des coopératives qui pourraient apporter un support à des coopératives de santé

Il n'existe pas d'exemple connu en ce sens. Cependant, des situations de collaboration entre des coopératives de santé et des coopératives qui pourraient apporter un support à des coopératives de santé ont été relevées. Quelques cas d'institutions financières coopératives offrent des conditions avantageuses à des coopératives de santé, notamment aux États-Unis, en Inde et au Sri Lanka. D'autres exemples s'apparentent à ce type de collaboration. Ainsi à Singapour, une coopérative d'assurances offre une couverture en matière de soins de santé et d'accidents pour les membres d'autres coopératives. Avec quelques nuances, une démarche similaire a débuté en Italie par l'engagement d'une coopérative d'assurances - Unipol - et la mise sur pied d'une nouvelle composante (Unisalute) pour offrir à des employés d'entreprises de l'économie sociale une couverture en matière d'assurance-santé. À terme, cette décision vise littéralement à combler les services non couverts par le système public. Un autre exemple de collaboration entre des coopératives de services financiers et des coopératives de santé est celui de l'Espagne : le membership d'une coopérative de santé localisée à Madrid est celui d'une Union régionale de coopératives de travail.

3.2.6 Le développement de systèmes secondaire et tertiaire par des coopératives autres que des coopératives de santé

Même si de tels systèmes n'ont pas été formalisés, il existe des exemples de collaboration entre des coopératives de santé et d'autres types de coopératives en vue d'offrir aux membres ou aux employés des services sur le plan de la santé. Au Japon et au Sri Lanka, on relève des ententes de services entre des coopératives de santé et d'autres types de coopératives en vue de rendre accessibles les soins de santé. En Espagne, dans le cadre du complexe coopératif de Mondragon, les coopératives de base se sont dotées d'une coopérative de deuxième niveau offrant une protection d'assurance-santé aux membres des dites coopératives.

3.2.7 L'approche globale de la santé par des mouvements coopératifs nationaux et coopération internationale

Nonobstant une forte implication des organisations nationales de coopératives de santé au Japon et en Suède dans des activités de promotion d'une approche globale de la santé, il n'y a pas de cas recensé où un mouvement coopératif national se serait lancé dans une démarche semblable. Il faut tout de même souligner le rôle des réseaux UNIMED,

MCCJCCU et de la fondation Espriu dans la promotion directe auprès d'autres pays de leurs modèles respectifs.

Il existe malgré tout une collaboration en matière de santé à l'échelle du mouvement coopératif international. Depuis l'organisation d'une première mission d'étude exploratoire par les coopératives japonaises de santé en 1991, les activités de collaboration se sont multipliées, allant de l'organisation des deux forums internationaux à celle des forums régionaux (Amérique et Asie). Le réseau belge des pharmacies coopératives OPHACO collabore avec le mouvement coopératif tchèque en vue de démarrer une telle pharmacie dans la capitale, Prague.

CANADA

Ce chapitre sur les coopératives de santé nous permettra de comprendre les raisons pour lesquelles un pays comme le Canada ayant un système de santé public et universel, a connu, au cours des dernières décennies, l'arrivée des coopératives de santé. Après avoir présenté ce pays, nous verrons ce qu'est le système de santé canadien. Puis, nous dressons un portrait général des coopératives de santé, avant de nous attarder à leur émergence, leurs dimensions organisationnelle, institutionnelle, et leur financement.

Pays immense de l'Amérique du Nord traversé par le cercle polaire arctique, le Canada comptait, en 1991, seulement 27 millions d'habitants inégalement répartis sur un territoire de près de 10 millions de kilomètres carrés. Le pays est découpé en 10 provinces et deux territoires, le Québec étant la seule province francophone. Il s'agit d'un pays dont les indicateurs sanitaires (voir les annexes 2 et 3) le situent parmi ceux de la planète offrant les meilleures chances de santé et de bien-être. Cette situation enviable a été graduellement conquise au terme de la mise en place d'un État-providence de type social-démocrate dont témoigne le court historique suivant des mesures sociales.

Historique des principales mesures de bien-être et de santé au Canada

- 1927 loi des pensions de vieillesse (fédéral)*
- 1940 loi d'assurance-chômage (fédéral)*
- 1944 loi des allocations familiales (fédéral). Création du ministère de la Santé nationale et du Bien-être Canada*
- 1951 loi sur les aveugles (fédéral)*
- 1955 assistance aux invalides (fédéral et Québec)*
- 1957 loi d'assurance- hospitalisation (fédéral)*
- 1966 adoption du régime d'assistance publique du Canada et loi sur les services médicaux (Medicare).*

Source : Vaillancourt, 1993.

Ces efforts de mise en place d'un système universel de santé ont connu une périodisation différente selon les provinces, comme nous le verrons dans ce chapitre et dans le suivant qui est consacré au Québec. Il faut aussi ajouter que plusieurs restrictions ont été

récemment apportées aux politiques sociales canadiennes, notamment en ce qui a trait à l'assistance publique et à l'assurance-chômage. En matière de santé, certaines provinces dont le Québec ont réduit certains avantages depuis 1990. Par exemple, les adultes doivent maintenant assumer leur examen de la vue; les parents doivent défrayer les soins dentaires pour les adolescents; les personnes âgées assument des frais minimes mais réels pour bénéficier de leur prescription de médicaments assumés par le régime public d'assurance-santé.

1. Un aperçu du système de santé canadien

Au Canada, la dépression des années 1930 et la crainte de l'extrémisme ont donné l'impulsion politique nécessaire à la relance économique, à la sécurité sociale et à l'assurance-santé publique. C'est lors de la conférence fédérale-provinciale de 1945 sur la reconstruction d'après-guerre que le gouvernement fédéral a offert des subventions aux gouvernements provinciaux pour que ceux-ci mettent en place un programme d'assurance-santé, un domaine de juridiction provinciale. Les coûts associés à un tel projet et les résistances de plusieurs gouvernements provinciaux face à ce qui était considéré comme un empiètement dans les compétences provinciales ont fait que le régime d'assurance-hospitalisation n'a été adopté par le fédéral qu'en 1957. Le Québec tout particulièrement hésitait à emboîter le pas au nom de l'autonomie provinciale. Même si un grand nombre de Québécois hypothéquaient leur avenir économique pour des frais d'hospitalisation par exemple, le gouvernement du Québec avait une politique de non intervention en santé, principale à cause de l'idéologie cléricale et conservatrice (Vaillancourt, 1988). Les provinces ont adhéré au régime d'assurance-santé de façon individuelle. Par exemple, c'est en 1962 que la Saskatchewan a adopté sa loi d'assurance-santé; le Québec a voté en 1970 sa loi sur la santé et les services sociaux, lui permettant d'entrer dans le régime canadien d'assurance-santé. La Loi canadienne sur la santé de 1984, précipitée par quelques initiatives de «facturation hors régime» et d'imposition de «frais d'usager», a consolidé la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services de diagnostic de 1957 et la Loi sur les soins médicaux de 1966. Les principes d'accessibilité (sans obstacle financier ou autre), d'intégralité (couverture des services requis), de transférabilité (frais de santé encourus dans une autre province ou un autre pays remboursés), d'administration publique (les gouvernements provinciaux sont les seuls assureurs des soins médicalement requis) et d'universalité (couverture de tous les résidents légaux des provinces) ont été confirmés (Angus, Auer, Cloutier et Albert, 1995 : 13-15).

2. La crise du système de santé

Les coopératives de santé et autres organismes assimilables font partie des expérimentations pouvant constituer une réponse à la crise du système de santé providentiel. Cette crise s'inscrit dans le contexte plus général de l'impasse d'un certain modèle de développement que nous avons présenté dans le chapitre précédent.

En ce qui concerne l'aspect strictement financier, plusieurs phénomènes contribuent à réduire les recettes fiscales des différents gouvernements au Canada (chômage, charges sociales plus lourdes, baisse de la consommation, ralentissement économique, etc.). À cet égard, le Canada doit assumer les erreurs de prévision de la Commission Hall (1964) sur les services de santé qui estimait que la population canadienne seraient de 35 millions en 1991 et qu'un ratio d'un médecin par tranche de 857 habitants serait souhaitable. Or, en 1991, il y avait 60 000 médecins pour une population de 28 millions de personnes, c'est-à-dire un médecin pour 467 habitants (Angus, Auer, Cloutier et Albert, 1995 : 16-17). Ceci explique en grande partie pourquoi le Canada s'est distingué parmi les pays de l'OCDE pour l'escalade des coûts de santé : entre 1975 et 1987, la hausse totale a atteint le taux spectaculaire de 83,3%, ce qui dépasse la hausse de 12,3% de la population durant la même période (Angus, Auer, Cloutier et Albert, 1995 : 9).

Même si globalement la population canadienne est satisfaite de son système de santé et qu'elle apprécie le régime d'assurance universelle, il comporte certaines faiblesses qu'on retrouve dans la plupart des provinces : il accorde peu de place à la prévention et à la promotion de la santé; il n'a pas de bases sociales suffisantes; il fait un usage abusif des lits réservés aux patients atteints de maladies aiguës; il se heurte à certaines pressions ou difficultés (vieillesse de la population, problèmes de diffusion des technologies, manque de disponibilité et mauvaise répartition des professionnels de la santé, problèmes de financement, questions d'organisation) (Groupe de travail, 1984). C'est pourquoi il serait souhaitable de:

- contrôler les coûts ou les dépenses;
- mettre au point une méthode de rémunération des médecins plus adéquate que celle à l'acte;
- mettre en place d'autres modèles de pratiques médicales;
- intégrer et coordonner les services de santé avec d'autres programmes publics concernant les services sociaux, l'éducation, le logement, la création d'emplois et la sécurité du revenu;

- encourager les citoyens à prendre davantage leur santé en charge;
- susciter la participation communautaire à la planification et à la gestion des services (Angus et Manga, 1990).

3. *L'état de situation des coopératives de santé au Canada*

On retrouve des coopératives de santé dans la plupart des provinces canadiennes (Secrétariat aux coopératives, 1994; Mowat, 1981). En 1992, 20 coopératives de soins de santé avaient répondu à l'enquête annuelle sur les coopératives canadiennes. Elles comptaient près de 300 000 membres et possédaient un actif de 55,3 millions de dollars, un chiffre d'affaires de 226,8 millions et plus de 700 employés (Secrétariat aux coopératives, 1994). D'après des données de 1995, leur nombre serait plus élevé et la distribution actuelle par province serait du tableau suivant, d'après la CCA.

La plupart des coopératives de santé offrant des services médicaux primaires et spécialisés se retrouvent dans les provinces anglophones du Canada, donc à l'extérieur du Québec. Le fait que le Québec se soit doté d'un réseau public de centres communautaires de santé de première ligne (les CLSC) explique cette particularité. Nous verrons plus en détails le cas du Québec en matière de coopération dans le domaine de la santé dans le prochain chapitre.

Nombre de coopératives de santé par province au Canada (1995)

Province	Nombre
Saskatchewan	9
Québec	7
Nouvelle-Écosse	7
Manitoba	4
Ontario	3
Île-du-Prince-Édouard	3
Colombie-Britannique	2
Alberta	2
TOTAL	37

Source : Canadian Co-operative Association.

4. Un cas type : la Regina Community Clinic

La Community Health Services Association (Regina) Limited a été fondée en 1962. L'objectif principal de cette création était la mise sur pied d'un centre médical sous le contrôle de la communauté. Il s'agit donc d'une organisation orientée vers les membres, à l'instar d'une coopérative de consommation.

En 1995, les revenus de la clinique atteignent 2,3 millions de dollars canadiens. La contribution du gouvernement de la Saskatchewan pour les services de la clinique se chiffre à 1,98 millions de dollars. Les services de garde et les services de santé non assurés représentent des revenus appréciables de l'ordre de 277 000 dollars. En 1995, on avait enregistré un léger surplus de 10 023 dollars.

Les membres se composent de 4 545 individus et familles qui ont contribué à une part sociale individuelle de cinq dollars, ou familiale de 10 dollars, selon le cas. En considérant les deux types de membres, ce sont 11 740 personnes qui adhèrent à la coopérative de santé de Regina. Pour ce qui est de l'adhésion, il existe également un programme volontaire individuel de 10 dollars, et familial de 20 dollars, pour la couverture des soins d'une tierce personne et l'obtention de rabais dans des programmes de prévention de la santé. Ce programme volontaire procure des revenus de 8 638 dollars en 1995.

Le membership à Regina est presque aussi considérable que la Community Health Services (Saskatoon) Association Limited qui regroupe 5 500 individus et familles membres, et qui offre à peu près les mêmes services. Effectivement, plusieurs services médicaux sont offerts à Regina, avec un accent particulier mis sur l'éducation et la prévention. La médecine familiale représente un service fort apprécié. Les médecins sont disponibles aux heures d'affaires et un service d'urgence est offert pendant 24 heures. Les médecins n'hésitent pas à consulter d'autres professionnels pour s'enquérir de la situation globale des patients. Le nursing constitue un autre service permettant aux infirmières d'être intégrées à l'équipe de soins. Un service de dermatologie est disponible depuis 1992, grâce à la présence d'un dermatologue. Des spécialistes et un personnel qualifié assument des services de laboratoire, radiologie, chirurgie mineure, physiothérapie et optométrie. Des services de garde pour enfants et de counseling sont également disponibles. Plusieurs programmes de médecine préventive ont été mis sur pied : cours prénataux, suivi des personnes âgées, auto-examen des seins, prévention des maux de dos, dépistage de

l'hypertension, consultation conjugale, counseling féministe et alimentation. De l'information est aussi disponible pour les différents aspects de la santé (alimentation, alcool, sexualité, ménopause, etc.).

C'est le conseil d'administration élu en assemblée générale qui supervise l'ensemble des opérations de la clinique. Tous les professionnels de la santé sont payés à salaire. La coopérative de Regina est membre de la Fédération des coopératives de santé de la Saskatchewan qui regroupe également des représentants des cliniques de Saskatoon, Prince Albert, Wynyard et Lloydminster. La Fédération souhaite faire reconnaître les coopératives de santé dans une loi et assurer leur financement à long terme (Community Health Services Association (Regina) Limited, 1995 : 1).

5. L'émergence des coopératives de santé

Même si le Canada a un modèle d'État-providence social-démocrate en ce qui concerne la santé, les coopératives de santé sont apparues pour combler certaines lacunes parfois conjoncturelles. En Saskatchewan par exemple, plusieurs coopératives médicales ont vu le jour à la suite de la grève des médecins de cette province en 1962. Au Manitoba, au début des années 1970, la Co-operative Housing Association of Manitoba a fait enquête sur les services de santé offerts au nord-ouest de Winnipeg et elle a trouvé qu'ils étaient déficients. Avec d'autres coopératives, l'Association a recommandé la création d'une coopérative de santé qui porte le nom de Nor'West.

L'expérience accumulée au Canada à propos des coopératives de santé montre que le succès des coopératives de santé dépend de la volonté convergente des coopérateurs, des professionnels de la santé, des ministres, des fonctionnaires et de la population. Leur mise sur pied débute par une recherche, la consultation et la discussion, d'où surgissent des idées de développement. Il semble aussi qu'il faille prévoir une période d'adaptation pour procurer une expérience initiale et mettre à l'essai certaines idées. L'État a un rôle important à jouer, car une des grosses difficultés au démarrage est le manque de fonds de démarrage et de capital (Conseil canadien de la coopération, 1992), pour procurer l'assistance technique et le financement de démarrage aux organisateurs éventuels (Groupe de travail, 1984). On a aussi observé que les gouvernements craignent de relâcher la réglementation, à moins qu'il soit possible de faire la démonstration que la coopérative de santé puisse remplir des engagements.

Nous serions dans un contexte favorable à l'émergence de ces organisations au Canada, pour les raisons suivantes:

- le public est plus actif et participe davantage (ou veut le faire);
- le clivage s'estompe entre les différents intervenants dans le domaine de la santé;
- la nouvelle philosophie de gestion est basée sur l'ouverture et la participation;
- la réalité des finances publiques oblige à des restrictions économiques et financières (Angus et Manga, 1990).

6. Le financement

Il existe actuellement deux modèles de financement des coopératives de santé qui, malheureusement, créent des problèmes et rendent difficile l'innovation par les coopératives:

- le budget global et détaillé semblable à celui des hôpitaux;
- le système de financement partiel per capita, qui procure aux cliniques un montant égal, pour chaque patient, à la moyenne du coût per capita des soins primaires dispensés dans la province (Angus et Manga, 1990; Groupe de travail, 1984).

Non seulement les services de santé sont-ils presque entièrement financés par les gouvernements, mais le secteur tout entier est soumis à une réglementation gouvernementale élaborée.

Il semble qu'aucun modèle de financement ne puisse satisfaire l'ensemble des coopératives de santé. Cependant, une adaptation du financement per capita serait souhaitable. Un groupe de travail du mouvement coopératif canadien considère toutefois que les coopératives profiteraient d'une option de financement qui laisserait aux coopératives l'entière liberté de la gestion des montants. C'est pourquoi il recommande une meilleure connaissance des coopératives de santé.

Les gouvernements provinciaux devraient autoriser que des coopératives de santé puissent être mises sur pied pour gérer la portion des dépenses totales de santé, y compris la part allant aux hôpitaux, des personnes qui, volontairement, s'y inscrivent comme membres. Les fonds seraient attribués aux coopératives sur la base d'une capitation égale aux coûts moyens per capita encourus sous le régime actuel, pour chaque classe actuarielle (selon l'âge, le sexe, etc.), établis pour les fins des services de

santé. Les coopératives de santé seraient entièrement libres d'utiliser les surplus rendus disponibles par une utilisation plus efficace des services de santé par leurs membres (Groupe de travail, 1984 : 105).

Cette proposition exigerait que les dépenses actuelles des services de santé soient divisées en deux parties au niveau provincial : la première part, disons la part «A», continuerait à être utilisée, comme actuellement, pour payer les frais d'administration des hôpitaux et les honoraires des médecins. La seconde part, disons la part «B», servirait à remettre mensuellement à des coopératives de santé, une capitation tout juste égale à la moyenne annuelle des coûts per capita de tous les services médicaux, hospitaliers et autres services de santé dans la province. Une coopérative de santé utiliserait alors cette capitation, soit pour acheter des prestations de soins de santé, les services requis par ses membres, ou encore pour fournir elle-même les services si elle peut le faire plus avantageusement. En effet, la coopérative de santé administrerait la part correspondant au total des frais de santé relatifs au nombre de ses membres et elle serait encouragée à se départir de cette fonction à la satisfaction de ceux-ci (dont elle risquerait autrement de perdre l'adhésion) et aussi économiquement possible (autrement, elle risquerait de disparaître ou à tout le moins, elle ne pourrait offrir sous forme de services autrement non assurés, d'incitation à l'adhésion) (Groupe de travail, 1984).

Le régime de l'assurance-santé canadien devrait être modifié de façon à prévoir cette modalité alternative pour la distribution des services de santé au Canada. Le choix entre le présent mode et la nouvelle modalité coopérative serait à l'exclusive discrétion de chaque citoyen; ce serait pour une période fixe renouvelable (disons un an) et dans ce contexte, cela supposerait un engagement exclusif. Les caractéristiques générales du régime actuel d'assurance-santé - administration publique, universalité, caractère global et transférabilité - demeurerait ce qu'elles sont (Groupe de travail, 1984).

7. L'organisation

Dans le modèle de coopérative de services de santé, l'administration se fait selon le modèle coopératif, c'est-à-dire que les membres sont à la fois les utilisateurs des services et les agents qui déterminent quels services seront offerts. La coopérative est gérée par un conseil d'administration dont les membres, qui sont des utilisateurs et des sociétaires de la coopérative, sont élus (Angus et Manga, 1990).

Les coopératives de services de santé offrent des services médicaux, préventifs et sociaux : services de santé (traitements, promotion et éducation, services à domicile, certains services hospitaliers); services de diagnostic (services de laboratoire); services de santé divers (physiothérapie et ergothérapie, services dentaires, pharmacies, services diététiques); services sociaux (services d'information, services de santé mentale, services de crise et d'urgence); services communautaires (garderies, services récréatifs) (Conseil canadien de la coopération, 1992). Elles mettent l'accent sur la prévention, l'éducation et des programmes spécialisés. Dans la prestation des services médicaux, on met surtout l'accent sur la pratique de groupe et on détermine les besoins de la collectivité avant de décider quels services offrir.

Les coopératives de santé sont de petites organisations combinant l'ingénuité, la créativité et la souplesse. Elles constituent un centre de vie communautaire, elles offrent des occasions d'interaction et elles développent l'identité. Les surplus sont plutôt rares, mais ils pourraient permettre aux membres de choisir parmi certains services sociaux ou de santé qui ne sont pas actuellement couverts par le régime d'assurance-santé canadien : les médicaments sur ordonnance, les soins dentaires, les consultations psychologiques, etc. (Groupe de travail, 1984).

8. Les règles du jeu

Les membres sont donc à la fois les utilisateurs des services et ils déterminent quels services seront offerts (Conseil canadien de la coopération, 1992). Les principes qui régissent les coopératives de services de santé sont :

- il s'agit d'un organisme placé sous le contrôle de la communauté;
- la gamme de services de santé primaire, de services sociaux et de services annexes sont offerts au même endroit;
- les services médicaux sont assurés par des équipes pluridisciplinaires;
- l'accent est mis sur la prévention, la promotion de la santé, les services éducatifs et les services ambulatoires;
- la rémunération des professionnels de la santé se fait selon la formule salariale ou la formule per capita au lieu d'être basée sur la méthode de paiement à l'acte.

Parmi les principes de gestion de ces coopératives, nous voyons que les médecins sont rémunérés per capita ou à salaire. Ceci les incite, apparemment, à utiliser plus efficacement les ressources que la méthode de rémunération à l'acte, qui ne les contraint pas

suffisamment à offrir trop de services à leurs patients (visites et hospitalisation inutiles, services plus intensifs, nombre excessif de références vers des confrères, partage des patients). Cette façon de faire tend aussi à éliminer la hiérarchie entre les employés des coopératives (Mowat, 1981).

Mais alors, pourquoi des médecins acceptent-ils d'offrir leurs services dans le cadre des coopératives de santé? Les médecins qui pratiquent dans ces organisations ont une rémunération et des avantages compétitifs et ils optent pour un style de vie plus détendu à cause de responsabilités réduites. Travaillant en équipe dans un cadre communautaire, ils ont l'occasion d'exercer leur art dans un milieu dynamique. On insiste sur la promotion et la prévention, ce qui fait que les médecins utilisent les compétences et les ressources qui conviennent. Cependant, il est certain que leur rémunération n'est plus basée sur le nombre d'actes médicaux et que leur pouvoir sur les décisions concernant l'entreprise et la gestion est partagé avec d'autres intervenants (Angus et Manga, 1990).

L'accent mis sur la prévention suppose la reconnaissance que la promotion et le maintien de la santé n'est pas simplement une question d'obtenir «des services», mais d'encourager la participation active de chaque individu à prendre soin de sa propre santé. Le concept de prévention signifie qu'il faut aussi tenir compte des décisions touchant au style de vie, incluant les habitudes de fumer, de boire, l'alimentation et l'exercice. L'éducation à la santé devrait conduire à la prise de conscience chez les usagers que l'utilisation abusive des services de santé est devenue un problème de santé et non plus seulement une source de problème financier (Illich, 1975). Il serait même possible de réaliser des économies de l'ordre de 10% à 40% en réduisant la fréquence d'utilisation des services spécialisés, incluant l'hospitalisation et les tests élaborés. Ceci suppose évidemment certaines modifications dans le comportement et les attentes de l'utilisateur vis-à-vis les services de santé. Cette hypothèse d'économie substantielle repose également sur le choix délibéré en faveur de l'option coopérative de la part du consommateur qui devrait, pendant une certaine période (disons un an), ne pas profiter du mode individualiste actuel de livraison des services de santé (Groupe de travail, 1984).

Dans la pratique de santé de ces coopératives, six principes essentiels président à la prestation des soins:

- l'autonomie : encourager l'individu à être autonome;
- la qualité de vie : tenir compte de la qualité de vie du consommateur;

- les services de soins de santé non structurés : s'appuyer sur les réseaux non structurés de services de santé;
- la gamme des services : offrir toute une gamme de services sociaux et de soins de santé;
- le milieu physique et le milieu social : se soucier de la qualité du milieu physique et du milieu social en général;
- une approche globale : arriver à une coopération et une coordination entre différents services, organismes et différentes disciplines (Angus et Manga, 1990).

Certains de ces principes méritent une plus grande attention. L'approche médicale est dite globale : une interrelation étroite est établie entre les enjeux sociaux, communautaires et médicaux (Mowat, 1981). Il s'agit également d'une stratégie communautaire en matière de santé dont les principales modalités sont, d'après Angus et Manga:

- faire participer la collectivité;
- permettre un accès facile;
- promouvoir la santé et prévenir la maladie;
- coordonner les politiques et les services;
- faire la transition des soins individuels aux soins communautaires.

9. Une appréciation des coopératives canadiennes de santé

Une étude réalisée en Saskatchewan a permis d'établir plusieurs avantages des coopératives de santé au niveau des coûts, des services et de la satisfaction des usagers. Le coût des soins par patient est moins élevé. Le taux d'utilisation des hôpitaux est considérablement réduit, notamment à cause de la forme et de la nature de la pratique médicale, des traitements ambulatoires, des possibilités de sorties plus rapides de l'hôpital, des services de chirurgie d'un jour, du traitement précoce de la maladie, de l'intégration des services sociaux et de santé. Le coût des médicaments par patient est également moins élevé, car les médecins des cliniques communautaires prescrivent moins de médicaments. En ce qui a trait aux services, ces centres offrent plus de services préventifs et de services de promotion de la santé. La plupart du temps, les services sociaux et de santé sont intégrés, ce qui traduit une attitude plus globale à l'égard de la santé. Avec des équipes multidisciplinaires, l'utilisation des professionnels de la santé est plus judicieuse. Le recours aux infirmières, des sages-femmes, des physiothérapeutes, des ergothérapeutes et des nutritionnistes est plus fréquent et plus efficace. Pour ce qui est du degré de satisfaction des malades et la qualité des soins, elle semble être à peu près la même que

dans le système public. Les coopératives de santé ont fait des efforts impressionnants pour rendre plus accessibles les services aux groupes défavorisés. On constate aussi que les consommateurs apprécient participer aux décisions (Policy Research, 1983).

Malgré tout, plusieurs défis confrontent les coopératives de santé canadiennes. L'engagement politique de l'État est insuffisant : on croit qu'il fonde trop souvent ses orientations sur les pressions politiques, en particulier l'opinion du corps médical. En effet, on déplore l'opposition des hôpitaux et la hargne du corps médical. Les coopératives manquent de fonds, surtout pour le démarrage, et elles ont de la difficulté à attirer du personnel médical. Elles doivent également composer avec des tentatives des autorités publiques de contrôler davantage les coopératives, que ce soit pour la désignation des administrateurs ou l'engagement du directeur (Roy, 1994). La perception de ces centres comme étant des «refuges pour les pauvres» est un des problèmes d'«image» des coopératives de santé (Angus et Manga, 1990). Enfin, il n'est pas toujours facile de trouver une relève au petit groupe le plus actif qui soutient les coopératives de santé, même si elles profitent à toute la communauté (Mowat, 1981).

QUÉBEC

L'État-providence s'est tardivement mis en place au Québec, notamment à cause des résistances de cette province francophone face à l'empiètement du gouvernement central, dans un domaine de juridiction provinciale reconnu par la première constitution canadienne de 1867. Le tableau suivant montre que le Québec n'a adhéré à l'assurance-maladie qu'en 1970.

Historique des principales mesures de santé au Québec

- 1961 accord entre le Québec et le fédéral sur l'assurance-hospitalisation
- 1970 loi sur la santé et les services sociaux, permettant au Québec d'entrer dans l'assurance-maladie
- 1979 loi sur les services de garde à l'enfance, loi sur la santé et sécurité au travail et politique du maintien à domicile (Québec)
- 1985 création de la commission Rochon (Québec)
- 1987 rapport Brunet sur les CLSC et rapport Harnois sur la santé mentale (Québec)
- 1988 rapport Rochon
- 1989 loi des sages-femmes (Québec)
- 1991 loi 120 (redéfinition du rôle des organismes, régionalisation, politique de la santé) (Québec)
- 1993 restriction à l'universalité des soins de santé (frais modérateurs pour l'accès des personnes âgées aux médicaments; restriction de l'accès aux médicaments pour les patients des cliniques externes; examen de la vue non couvert pour les adultes).

Source : Vaillancourt, 1993.

Nous avons indiqué que la présence des CLSC au Québec - réseau de 160 CLSC achevé en 1988 - explique pourquoi les coopératives de santé québécoises connaissent des différences importantes comparativement aux coopératives canadiennes. Les CLSC émergent en quelque sorte des cliniques communautaires qu'ils ont intégrées, comme l'a fait à Montréal le CLSC du Plateau Mont-Royal avec la Clinique des citoyens de Saint-Jacques en 1986 (Boivin, 1988). Les CLSC sont des organismes publics qui offrent des services de santé, des services sociaux et d'animation communautaire. Ils constituent la plupart du temps la porte d'entrée dans le réseau de la santé, vers des services spécialisés.

Les CLSC sont assimilés aux centres communautaires de santé, même si leur financement provient du gouvernement du Québec. Suite à la loi 120 de 1991 réformant le système de santé, celui-ci a mandaté les Régies régionales de santé et de services sociaux - dont le conseil d'administration est élu et imputable à une assemblée régionale - de coordonner les services et d'allouer les budgets. Les CLSC se sont vus accorder des responsabilités supplémentaires, ce qui a été considéré comme une forme de consécration de leur rôle dans les communautés locales. Les membres du conseil d'administration proviennent en partie des employés, de la communauté et d'agents socio-économiques nommés par le gouvernement. Voilà pourquoi l'originalité des CLSC réside dans le compromis réalisé entre le contrôle étatique, le désir d'autonomie des travailleurs et la prise en charge des établissements de santé de première ligne par les citoyens (Bélanger et Lévesque, 1988). Il faut cependant savoir que les CLSC présentent une grande diversité de modèles et qu'un certain nombre d'entre eux ne visent pas nécessairement l'*empowerment* de la population locale dans le domaine de la santé (Favreau et Hurtubise, 1993). Pratiquement, le pouvoir est partagé entre différents types d'acteurs; les producteurs ont moins de pouvoir que dans une coopérative de travail, et les usagers, que dans une coopérative de consommation.

D'autres organismes sont assimilables aux coopératives de santé, même s'ils n'en ont pas le statut juridique. Il existe un certain nombre de cliniques communautaires, de groupes d'auto-santé et de groupes alternatifs en santé mentale, notamment. Uniquement au Québec, 20 groupes d'autosanté oeuvrant dans les domaines de la réflexion et de l'action sociale, des services médicaux, de la santé mentale, des pharmacies communautaires et de l'information, ont été répertoriés (Dumais et Lévesque, 1986).

Malgré ces particularités, des coopératives de santé ont été mises sur pied au Québec. La Coopérative de santé de Québec est la première expérience coopérative québécoise de santé et nous la présentons dans ce chapitre. Puis, nous présenterons la Coopérative du service régional d'approvisionnement et les coopératives ambulancières. Il existe aussi les coopératives de services à domicile que nous ne traitons pas dans ce chapitre, mais qui ont déjà fait l'objet d'un cahier de la Chaire de coopération Guy-Bernier de l'UQAM (Comeau, Bourque et Vaillancourt, 1995).

1. La Coopérative de santé de Québec (1944)

La Coopérative de santé de Québec (1944) a été mise sur pied avant que la société québécoise n'épouse le modèle social-démocrate de santé dans les années 1960 (voir annexe 3). Elle menaçait une valeur bien ancrée, celle de la pratique établie de la médecine.

Cette coopérative est devenue plus tard SSQ Mutuelle d'assurances-groupe (Ouellet et Vallières, 1986).

Dans les années 1930, l'Église faisait face à une tâche nettement au-dessus de ses moyens dans ses activités de secours et d'aide. Aussi, la compagnie d'assurances américaine la Croix-Bleue voulait s'implanter au Québec. Dès janvier 1944, des cercles d'études se rassemblent dans le quartier populaire de Saint-Sauveur à Québec pour discuter de la possibilité de fonder une coopérative de santé. L'opposition contre le régime d'assurance-maladie qu'étudie le gouvernement fédéral contribue à élargir l'audience de la coopérative. C'est dans ce contexte que le docteur Jacques Tremblay met sur pied une petite «coopérative de santé» dans le quartier Saint-Sauveur de Québec. La Coopérative de santé de Québec a opté pour les principes de la coopération médicale:

- la pratique médicale par équipes qui permet le regroupement de spécialistes;
- la médecine préventive qui conserve la santé plutôt que de soigner;
- le paiement périodique par tous les membres, les bien-portants comme les malades;
- le contrôle démocratique applicable à la gestion de la Coopérative.

Le 9 mai 1944, trois mois après le premier cercle d'études, la Coopérative de santé prend forme. En février 1944, on fixe le montant de la part sociale à 25 dollars et la cotisation hebdomadaire à 0,60 dollar. Chaque visite chez le médecin coûte de 0,25 dollar à 0,50 dollar. Au 31 décembre 1944, le surplus de la Coopérative est de 250,93 dollars et elle ne compte que 11 sociétaires (personnes ayant plusieurs personnes à charge) et 71 membres.

Dans la coopérative, la conduite et l'administration du service médical sont confiées à des médecins. Le pouvoir des membres s'exerce par le choix des administrateurs. Les employés de la Coopérative doivent en être membres. La simplicité administrative de la Coopérative mettait des limites à son efficacité et à sa croissance. En effet, les docteurs Tremblay et Dorion assumaient l'essentiel des tâches administratives bénévolement.

En décembre 1945, on change la raison sociale et la Coopérative de santé de Québec devient Les Services de santé de Québec (SSQ). On consent alors à embaucher un personnel permanent et rémunéré. En juin 1946, SSQ étend son champ d'action à l'ensemble du Québec et la protection en couvrant, en plus des frais médicaux, les frais hospitaliers et chirurgicaux. À ce moment et jusqu'à la fin des années 1950, SSQ a des liens privilégiés avec le mouvement coopératif (les caisses populaires), le clergé (hôpitaux, maisons d'enseignement, centres de loisirs) et les mouvements nationalistes, comme en

témoigne la composition du membership. Dans la région de Montréal, c'est l'entrée de SSQ dans de nouveaux champs d'action (assurance-vie collective, décès par accident, indemnité de salaire) qui attire la clientèle.

La Coopérative de santé de Québec s'est orientée, suite à l'éclatement d'un conflit entre le docteur Tremblay et les membres du conseil d'administration en 1949, vers un modèle mutualiste. SSQ a cherché à élargir sa clientèle, d'abord dans les milieux religieux, étatiques et nationalistes. Or, les syndicats en viennent à négocier non seulement le salaire des travailleurs, mais d'autres avantages sociaux, ce qui constitue une ouverture pour une clientèle nouvelle. Ceci est vrai pour les syndicats canadiens-français, mais pas pour les «unions internationales», en particulier les syndicats liés à la FTQ.

L'idée de l'État-providence faisait son chemin. À la fin des années 1950, l'étatisation des services de santé est discutée par la Commission Tremblay mandatée pour étudier les problèmes constitutionnels. La SSQ se reconnaît dans les propositions d'étatisation : la formule mutualiste, une protection complète, la prévention et le plafonnement des honoraires. Dans le contexte de l'étatisation des services de santé, SSQ juge bon et prudent de diversifier ses activités. Incorporée en vertu de la Loi sur les syndicats coopératifs de 1941, SSQ décide de changer son statut pour le rendre plus conforme à sa réalité. L'Assemblée nationale du Québec sanctionne le 2 février 1956 la loi 153 qui fait de SSQ une société de secours mutuels au sens de la Loi des assurances du Québec. Ceci lui permet de faire des contrats d'assurance et d'assurance-vie collective. C'est donc dire que SSQ est passée d'une coopérative dans laquelle le docteur Tremblay voulait intégrer les consommateurs, le personnel et le matériel de soins de santé, à une mutuelle engagée dans le domaine des services aux membres, en augmentant la variété des régimes disponibles et en offrant le maximum d'avantages pour un coût minimum.

Avec l'expansion du rôle de l'État dans les services de santé, l'appellation Les Services de santé de Québec suscitait une certaine confusion. En 1963, le nom «La Mutuelle SSQ» vient alors dissiper les risques de malentendus. De nouveau, en 1964, devant la diversification des activités de SSQ, une loi accorde des pouvoirs supplémentaires dans les secteurs de l'assurance-vie individuelle et les régimes de retraite.

Après la Loi sur l'assurance-hospitalisation (accord Québec-Ottawa en 1961), la plupart des compagnies d'assurances voient leurs revenus chuter. SSQ fait exception, car une bonne partie des contrats d'assurance-hospitalisation ont été convertis pour couvrir les frais

des chambres privées et semi-privées, plutôt que les services de base. Ainsi surgit en 1963, l'assurance-salaire à long terme, puis la couverture des soins dentaires, optométriques, chiropratiques et les frais de médicaments. Avec le temps, la proportion de l'assurance-maladie diminue dans les revenus de la Société, alors que l'assurance-salaire, l'assurance-vie et les régimes de retraite prennent de l'importance. Ces derniers régimes, avec les revenus des primes d'assurance-invalidité donnent même à la Société la possibilité de procéder à des investissements à plus long terme. En 1973, la participation à l'assemblée générale de la société s'est structurée par voie de représentation des groupes sur une base régionale.

Somme toute, c'est en travaillant en superposition à l'intervention gouvernementale et en comblant ses lacunes que la Mutuelle SSQ a survécu et s'est montrée utile, malgré le développement de l'État-providence.

La CSRA (Coopérative du service régional d'approvisionnement)

La CSRA entre en activité le 1er octobre 1989. Elle regroupe 60 membres, des établissements de santé et de services sociaux de la région Mauricie / Bois-Francs (région 04, dans le découpage administratif du territoire par le gouvernement du Québec).

En 1980, les directeurs généraux des établissements de santé de la région 04 décidaient de se regrouper pour augmenter leur pouvoir d'achat et ainsi obtenir de meilleurs prix et certains autres avantages. Depuis le 1 octobre 1989, la Coopérative a pris la relève des opérations du regroupement, car face à des opérations financières importantes, il devenait nécessaire de doter le regroupement d'un statut juridique reconnu qui convenait mieux à ses activités et à sa philosophie. L'intervention d'un conseiller en développement de la Fédération des caisses populaires Desjardins du Centre du Québec n'est pas étrangère à cette initiative.

Même si la loi québécoise définit une coopérative comme une corporation qui regroupe des personnes qui ont des besoins économiques et sociaux communs et qui, en vue de les satisfaire, s'associent pour exploiter une entreprise, elle permet un regroupement des établissements de santé et de services sociaux (loi 190).

En 1989, les établissements de santé de la région 04 effectuaient des achats pour 53 millions de dollars. De ce montant, 27 millions de dollars ont transité par la coopérative faisant économiser 3 millions de dollars à ses membres (Tellier, 1990). En 1993, la

coopérative permettait à ses membres de réaliser des économies de 4 millions de dollars et elle a effectué environ 50% des achats de la soixantaine d'établissements membres (CCQ, *Bulletin spécial de semaine de la coopération*, 1994). La mise en commun du pouvoir d'achat des établissements permet donc de réduire et de mieux contrôler leurs dépenses.

La Coopérative négocie pour ses membres l'approvisionnement en une multitude de produits, tels que l'huile à chauffage, les produits d'entretien ménager et le matériel de laboratoire ou de bureau. De plus, elle conclut des ententes avec certaines firmes pour récupérer divers produits comme les sels d'argent ou les films radiologiques. Elle compte explorer de nouveaux créneaux, comme l'achat de gaz naturel ou la négociation de contrats d'entretien d'appareils spécialisés de laboratoire et d'informatique. La Coopérative regroupe présentement 60 membres et elle songe à créer une catégorie de membres auxiliaires pour offrir des services à d'autres établissements (les foyers privés et les cégeps).

3. Les coopératives ambulancières

En 1992, on compte au Québec 140 entreprises de transport ambulancier qui réalisent un chiffre d'affaires annuel de 189 millions de dollars. Cinq coopératives accaparent 13% du budget, soit 24,4 millions de dollars. Nous n'avons pas toutes les informations sur le territoire couvert par chacune d'elles, mais on sait que la coopérative de l'Outaouais, par exemple, répond à 90% des appels du territoire (Raymond, 1994).

On compte cinq coopératives ambulancières fonctionnant actuellement au Québec:

- la Coopérative des techniciens ambulanciers de la Montérégie (1987);
- la Coopérative des techniciens ambulanciers du Québec métropolitain (1989);
- la Coopérative des ambulanciers de la Mauricie (1989);
- la Coopérative des techniciens ambulanciers de l'Outaouais (1989);
- la Coopérative des techniciens ambulanciers de l'est du Québec (1990).

Sur certains territoires, notamment celui de la Montérégie, la propriété privée des services ambulanciers suscitait des situations de concurrence déloyale, allant même dans certains cas au sabotage de véhicules. Pour augmenter leur profit, certains entrepreneurs réduisaient les services aux malades. La situation du transport ambulancier s'est envenimée avec un important conflit de travail qui a éclaté à Montréal et dans la Montérégie au milieu des années 1980. La loi 34 (adoptée vers 1985) crée Urgence-Santé et établit de nouveaux paramètres pour la gestion des services ambulanciers (Comeau, 1991).

Le financement des coopératives ambulancières est basé sur un contrat-budget. Il s'agit d'un mode de subvention du transport ambulancier qui couvre l'infrastructure des services ambulanciers pour un territoire donné. Le ministère de la Santé ajoute 20% de la subvention pour les frais de gestion et joint un montant pour les zones à haute densité d'appels. La négociation des contrats-budgets se déroule entre les coops ambulancières et le ministère.

L'expansion des entreprises ambulancières se fait par l'acquisition de permis ou d'entreprises déjà existantes. Ces transactions doivent recevoir l'aval de la Régie régionale de la santé et des services sociaux. Par ailleurs, les coopératives portent une grande attention au perfectionnement des ambulanciers : formation coopérative, planification stratégique et perfectionnement professionnel (Raymond, 1994).

Les techniciens ambulanciers expriment une grande satisfaction pour l'organisation du travail (Comeau, 1991). Cependant, leurs organisations font face à plusieurs défis:

- trouver du capital d'investissement;
- faire connaître au public la présence du mouvement coopératif dans ce champ d'activités;
- trouver des ressources humaines spécialisées;
- former les membres;
- trouver une façon de permettre la participation des usagers pour un service ponctuel.

4. *Vision Santé Les Grès*

À Ste-Étienne-des-Grès, une petite municipalité de 1 100 membres localisée dans la région de la Mauricie, la population s'est regroupée en coopérative et avec l'appui de la caisse locale a fondé, en mars 1995, Vision Santé Les Grès. Confrontées à l'absence de services professionnels de santé, 1 052 personnes ont pris des parts sociales pour la construction d'une clinique médicale. Celle-ci abritera un cabinet de médecins, une pharmacie et une clinique dentaire. L'édifice est loué aux professionnels et la coopérative peut négocier les heures d'ouverture, par exemple, et choisir les professionnels intéressés à offrir leurs services à la population. Actuellement, la coopérative recherche le financement lui permettant d'ériger la bâtisse dont le coût pourrait atteindre 500 000 dollars (CCQ/MICST, 1995). Une seconde phase du projet prévoit l'embauche de professionnels dans d'autres secteurs de la santé, comme cela a été fait avec un physiothérapeute qui devient salarié de la coopérative. Dans une troisième phase, on souhaite offrir des services à domicile et des services de prévention de la santé, notamment l'activité physique pour les personnes âgées.

ÉTATS-UNIS

Les États-Unis font partie des pays occidentaux où l'État a le moins participé au système de santé. Avec l'appui des coopératives agricoles, plusieurs conditions ont été réunies pour l'émergence des coopératives de santé. Nous verrons dans ce chapitre la situation embryonnaire du système public sanitaire américain, le contexte d'émergence des coopératives de santé, les caractéristiques des HMO (Health Maintenance Organizations) coopératifs et enfin, d'autres types de coopératives telles que les cliniques communautaires, les coopératives d'approvisionnement et les coopératives d'achat de services de santé.

1. Le système de santé américain

Il n'y a pas de régime universel de santé aux USA. L'organisation de la santé se présente de telle manière qu'on peut dire qu'il y a plusieurs systèmes de santé : un pour les vétérans (The Veterans Administration), un pour les indigents (Medicaid), un autre pour les personnes âgées (Medicare) et, pour les moyens et hauts revenus, une prime versée par des entreprises qui ont alors une réduction de taxes. Les Américains pratiquement sans couverture (entre 31 et 37 millions de personnes en 1992) sont ceux qui ne sont pas éligibles à Medicaid et qui ne sont pas assurés (Feldstein, 1992).

Medicaid est un programme financé par le fédéral, mais administré par chaque État (éligibilité et niveau de prestations), en conformité avec les normes minimales qui accompagnent les subventions basées sur le per capita de la population. Avant de bénéficier de Medicaid, une personne doit épuiser ses ressources personnelles et celles de sa famille immédiate. Le programme Medicaid couvre, selon les États, une portion de la population socio-économiquement défavorisée, ce qui représente environ 9% de la population américaine. Avec l'augmentation des coûts du programme, le fédéral a resserré les critères et les bénéfices, et les états ont réduit leur soutien aux hôpitaux et aux médecins, ce qui a limité l'accessibilité à Medicaid (Feldstein, 1992 : 21).

Le programme Medicare du gouvernement fédéral s'adresse à la population âgée (11% de la population) et il comporte deux parties : la partie A couvre les soins hospitaliers et la partie B, les services des médecins en clinique. La partie A est financée par la sécurité sociale, alors que la partie B l'est par les taxes générales. Pour l'admission à l'hôpital (partie A), les personnes âgées doivent verser une franchise à l'admission; elles paient 25% du coût des visites (partie B).

Les primes que les employeurs versent à une organisation de soins de santé pour ses employés ne sont pas imposables pour ces derniers. Outre les cliniques privées, il existe différents modèles d'organisation des services dont le statut légal peut être soit privé, à but non lucratif ou coopératif. Nous pensons ici aux HMO, que nous décrivons en détails plus loin, les Preferred Provider Organizations (PPOs) et les Exclusive Provider Organizations (EPOs). Les PPO sont des groupes de fournisseurs de services (médecins, hôpitaux ou dentistes) qui offrent leurs services à un taux d'honoraires préférentiel à des entreprises. Les patients y gagnent aussi car ils bénéficient soit d'un rabais sur la franchise des soins reçus. Des entreprises et des assureurs ont recours à des EPO, avec lesquelles les employés doivent transiger de manière spécifique, sans quoi ils devront déboursier un montant très élevé. La proportion de HMO, de PPO et de EPO varie selon les États (Feldstein, 1992 : 22).

Le système de santé américain pose plusieurs problèmes à la population. Depuis le milieu des années 1960, la politique de la santé publique visait une certaine redistribution avec la mise en place des programmes fédéraux. Pendant ce temps, le domaine des assurances s'est beaucoup développé. Il devenait plus avantageux pour les employés de recevoir des avantages en matière d'assurances de la part de l'employeur, que d'avoir un revenu plus élevé et payer plus d'impôt. Ceci a contribué à l'augmentation de la demande de soins, en plus des programmes gouvernementaux, même s'ils sont limités. D'autres facteurs ont aussi fait que les dépenses publiques et privées pour les soins de santé ont augmenté. En plus de la hausse de la demande pour les soins de santé, la distinction des sources de revenus entre les hôpitaux (financement basé sur les coûts) et les médecins (honoraires) a fait que ces derniers n'étaient pas toujours incités à utiliser les premiers de manière efficiente.

D'autres limites sont attribuées au système de santé américain. On déplore souvent que le quart de la population américaine soit sans protection ou sous-assurée (Brunelle, Ouellet et Montreuil, 1988). Les milieux ruraux souffrent également d'une pénurie de soins de santé, notamment parce qu'ils ne réussissent pas à attirer et garder les professionnels de la santé (Pidgeon, 1994 : 109). Les États-Unis font partie des pays qui dépensent en santé la plus petite du PIB avec l'Espagne, le Portugal et la Grèce (voir annexe 2).

2. L'émergence des coopératives de santé

On comprend facilement que l'absence de couverture pour une partie importante de la population par les employeurs ou par l'État, et la difficulté à garder le personnel médical en milieu rural constituent des facteurs propices au développement des coopératives de santé. À cet égard, les États-Unis ont profité de l'apport d'une autre société par le processus de diffusion culturelle.

La première coopérative américaine en matière de santé a été une mutuelle, officiellement fondée en 1851, pendant la ruée vers l'or en Californie. Environ 20 000 Français sont arrivés à San Francisco entre 1849 et 1851. Après les longues journées de travail, plusieurs souffraient de problèmes de santé, sans ressources, ni parents ou amis sur qui compter pour affronter ces difficultés. Avec l'aide d'Étienne Derbec, un journaliste, La Société française de bienfaisance mutuelle fut créée. Les membres devaient payer un dollar par mois pour s'assurer de traitements médicaux.

Puis, en 1929, le médecin Michael Shadid a regroupé les agriculteurs de Elk City dans l'Oklahoma en leur proposant une idée relativement simple et économiquement avantageuse pour ces fermiers qui n'avaient pratiquement pas accès à des soins de santé. Il leur a demandé d'acheter une part annuelle de 25 dollars dans l'hôpital coopératif, ce qui leur donnera à eux et à leur famille l'accès à des soins de santé sans déboursement. Ainsi fut créée la Famer's Union Cooperative Hospital Association.

Le docteur Shadid a été invité dans de nombreuses villes américaines pour témoigner de son expérience. Auteur d'un ouvrage intitulé *Principles of Cooperative Medicine*, le docteur Shadid a été contesté par l'Association médicale américaine qui voyait la pratique médicale traditionnelle remise en cause. En 1940, un jugement de la cour suprême a autorisé la poursuite des activités des coopératives de santé. En 1946, la Cooperative Health Federation of America fut créée qui deviendra, après plusieurs appellations, le Group Health Association of America qui se veut le porte-parole des HMO américains.

Dans les années 1960, dans la foulée de plusieurs expériences alternatives de changement social, se développera un réseau de cliniques proposant une façon différente d'intervenir. Sous l'appellation de *free clinics*, ces organisations se veulent une réponse originale à l'escalade des coûts de la santé, l'accès limité aux programmes d'assurances privées et au

modèle bureaucratique et hiérarchique d'organisation du travail. S'inspirant fortement de la formule coopérative, ces cliniques regroupent à titre de membres les professionnels de la santé, le personnel de soutien et les usagers. Le bénévolat occupe une place importante dans le fonctionnement de ces organisations. L'opposition de l'establishment médical et des divisions idéologiques auront raison de ce mouvement à partir du milieu des années 1970 (Taylor, 1979).

Le manque de ressources médicales en milieu rural américain et dans certains quartiers urbains est encore présent aujourd'hui. À titre d'exemple, la Rural Wisconsin Hospital Cooperative permet à plus de 20 hôpitaux ruraux et un hôpital universitaire de partager leurs ressources, en plus des fonctions d'éducation et de promotion de la santé. Un autre exemple de coopératives d'hôpitaux ruraux est Synernet, décrit plus loin (Pierotti, 1994 : 9). De petits centres de santé à statut communautaire sans but lucratif ont également vu le jour depuis une vingtaine d'années dans des zones rurales. Quoiqu'ayant un statut différent des coopératives, ces centres n'en manifestent pas moins de fortes similitudes sur le plan opérationnel. Ainsi le Siuslaw Rural Health Center en Orégon poursuit quatre objectifs : offrir des services de qualité supérieure à coût abordable, impliquer la communauté locale, retourner le pouvoir à cette communauté et démontrer qu'il est possible, même aux États-Unis, de fonctionner avec une structure plus simple, plus saine et à visage humain (Douglas et Scott, 1978).

3. Les Health Maintenance Organization (HMO)

Dans la mesure de leurs capacités financières, une partie des salariés adhèrent à une formule d'assurance-santé. Traditionnellement, ces personnes de la classe moyenne et supérieure s'adressaient à des compagnies d'assurances (par exemple, la Croix-Bleue). Depuis le début des années 1970, un nouveau concurrent est apparu : les HMO.

Un HMO est une organisation à charte privée, avec ou sans but lucratif. Une prime d'assurance fixe offre un accès à une gamme définie de services. Les soins reçus hors du HMO sont aux frais de l'adhérent, sauf s'il s'agit d'une urgence ou s'ils sont le fruit d'un contrat de service entre le HMO et un autre organisme. Ce peut être le cas pour des soins ultraspecialisés. Depuis peu, certains HMO permettent aux adhérents de consommer hors de l'organisation moyennant une participation aux coûts supplémentaires. En général, l'assuré qui se prévaut de cette formule assume, comme pour une assurance ordinaire, environ 20% de ces coûts (Brunelle, Ouellet et Montreuil, 1988).

Un contrat liant le HMO et l'assuré indique que, moyennant une prime fixe d'assurance, le HMO donne l'accès à une gamme définie de services comprenant les volets préventif, diagnostique et thérapeutique. Il est donc à la fois assureur et coordonnateur des soins. L'adhérent volontaire paie à l'avance une somme fixe prédéterminée, indépendamment de sa consommation future. Le recrutement de la clientèle se fait généralement au sein des entreprises.

Le HMO de Portland est un exemple. Il compte 300 000 membres, dont 80 000 adhérents au plan dentaire. Il s'agit donc d'un HMO moyen, car le nombre de membres varie de quelques millions à 5 000 membres. Les services de base sont : les services ambulatoires, l'hospitalisation de courte durée, les médicaments, les examens visuels; les services optionnels sont : les transplantations, les soins dentaires; et les soins de longue durée. Les ressources disponibles sont : les médecins de première ligne (pédiatres, médecins de famille, internes), médecins spécialistes, infirmières cliniciennes, psychologues, dentistes, infirmières, hygiénistes dentaires, pharmaciens, optométristes et travailleurs sociaux. Parmi les points de services, on compte 12 centres de services (de consultation, de prescriptions, de laboratoire, de radiographie, de chirurgie légère, d'optométrie, de soins dentaires, de prévention, d'éducation sanitaire...), deux centres hospitaliers généraux, de chirurgie ou de traitements spécialisés par contrats, de points de services pour les urgences de nuit, d'accès à n'importe quelle ressource en cas d'urgence hors de la région de Portland (Brunelle, Ouellet et Montreuil, 1988).

Il existe différents types de HMO (modèle de groupe, d'employés, cellulaire et individuel). Le modèle de groupe (groupe de professionnels extérieurs au HMO qui négocient les conditions de travail) est celui qui offre le plus de garanties en terme de qualité. Il est caractérisé par le regroupement et le leadership exercé par les médecins dans la structure, ce qui occasionne des rapports de force entre l'administration et les médecins et rend sa mise sur pied plus difficile. Le modèle d'employés (professionnels salariés au même titre que les autres employés) intègre les médecins à titre de salariés. Leur pouvoir professionnel est moins considérable, mais leur sécurité d'emploi ou professionnelle est élevée. La formule cellulaire (plusieurs petits groupes de médecins négociant avec le HMO) laisse beaucoup de souplesse administrative. Les médecins et professionnels associés deviennent plus vulnérables, et les contrôles sur la qualité et la sélection y sont plus difficiles. La formule de type individuel (structure de plusieurs petits bureaux de médecins) est le modèle qui connaît le plus grand développement et le plus d'échecs. Les changements apparaissent

moins drastiques pour les consommateurs et le dispensateur. La pratique de la sélection de la clientèle est très facile, les contrôles de qualité sont plus laborieux et les avantages particuliers d'un HMO (coordination, interdisciplinarité et prévention) s'estompent (Brunelle, Ouellet et Montreuil, 1988).

Dans un HMO, il existe une pression qui s'exerce sur les médecins pour éviter la surconsommation de services. Voici une comparaison entre la rémunération des professionnels dans un régime HMO et dans un régime à l'acte .

Comparaison entre les HMO et la rémunération à l'acte

HMO	ACTE
Reçoit un montant indépendant de la consommation	Le revenu dépend de la consommation
Responsable de la consommation à tous les niveaux de couverture	Responsable à son seul niveau
Intéressé par l'autonomie de son client	Aucun intérêt à l'autonomie
Intérêt potentiel à la prévention	Aucun intérêt économique à la prévention
Pas de freins économiques à l'interdisciplinarité	Pas d'intérêt économique à l'interdisciplinarité
Un client en santé est un bon client	Un client souvent malade est un bon client
Biais possible vers la sous-consommation	Biais possible vers la sur-consommation
La réduction du nombre et de la qualité des services est freinée par l'occurrence de coûts plus élevés pour traiter des clients plus malades et par le désistement de sa clientèle	La réduction de la qualité des services peut avoir un impact positif sur les revenus et un impact négatif sur les coûts
A un intérêt à garder une juste balance entre les coûts et la santé de ses clients	Aucun intérêt à garder la clientèle en santé

Source : Brunelle, Ouellet et Montreuil, 1988.

Il existe un risque pour la qualité dans un HMO, puisque le professionnel reçoit un montant fixe, mais ceci ne semble pas se concrétiser dans les faits. Cependant, «pour des entrepreneurs ayant un horizon de court terme, tout financement par prépaiement est une aubaine qui se traduira par des problèmes majeurs au niveau de la qualité (accès, disponibilité, compétence)» (Brunelle, Ouellet et Montreuil, 1988 : 7). Ce qui freine la détérioration de la qualité, c'est l'éventualité d'une détérioration de la santé encore plus coûteuse, la perte des clients et la crainte de poursuites.

Il faut également mentionner que les HMO sont peu présents en matière de soins de longue durée, de soins aux personnes âgées et aux groupes défavorisés. En ce qui concerne les personnes défavorisées, une étude de R. A. Ward ("HMO Satisfaction and Understanding Among Recent Medicare Enrollees", *Journal of Health and Social Behavior*, 1987, vol. 28, no 4, pp. 401-412, cité par Brunelle, Ouellet et Montreuil, 1988) montre que les HMO ne sont pas adéquats pour les personnes défavorisées. C'est que ces bénéficiaires connaissent mal le modèle, ce qui leur occasionne des problèmes.

L'appréciation générale qu'on peut faire des HMO est que la responsabilité repose sur une seule organisation pour toute la gamme de services. Il en résulte une facilité pour agencer de façon optimale les services. On relève également les avantages suivants : les services sont mieux intégrés que dans les autres formules d'assurance; l'interdisciplinarité est très développée; les HMO sont reconnus pour leur coût per capita inférieur à celui de toute autre formule aux États-Unis, nonobstant le sexe, l'âge ou l'état de santé de la clientèle; on développe la prévention; on maintient l'autonomie des individus (Brunelle, Ouellet et Montreuil, 1988).

Les HMO adoptant une formule coopérative semblent très bien réussir. Un bilan du numéro de juillet 1993 du magazine américain *Money* a établi les dix meilleurs HMO aux USA. Parmi ceux-ci, deux étaient des coopératives.

D'après le médecin W. E. Steslicke, participant au premier forum international sur les coopératives de santé à Tokyo en 1992, les HMO d'usagers ont été un échec parce qu'un très grand nombre d'entre eux sont disparus. Il attribue ce phénomène au fait qu'ils n'ont pas pu attirer des administrateurs et des professionnels de la santé de qualité. En fait, dès que ces personnes avaient acquis l'expérience requise pour obtenir un emploi plus intéressant et plus lucratif, elles laissaient les HMO. C'est à ce moment que les usagers ont délaissé les HMO pour devenir clients d'une compagnie d'assurances (Medical Co-op Committee of JCCU, 1992 : 153-154).

4. Le Group Health Cooperative of Puget Sound : un HMO coopératif

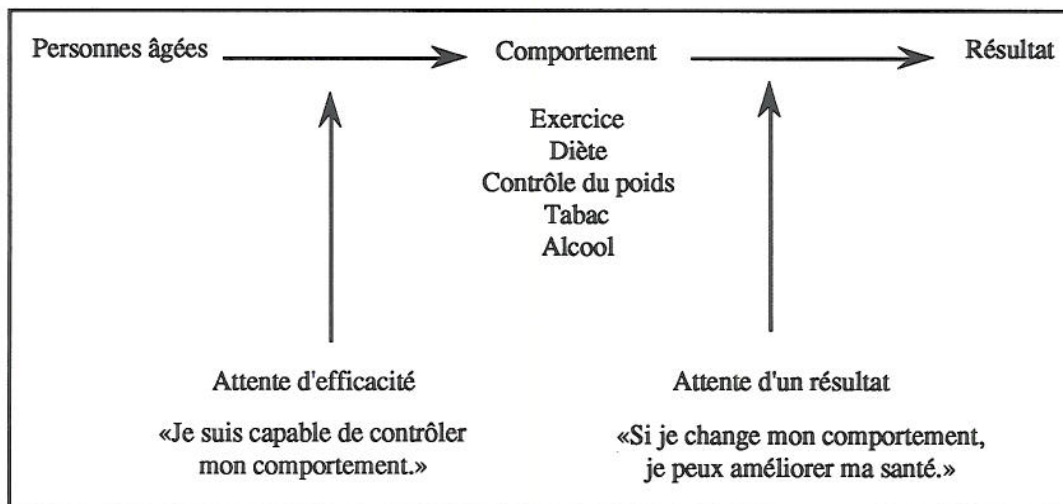
Le médecin Michael Shadid était l'invité en 1945 de la Pacific Supply Cooperative pour qu'il témoigne de la mise sur pied de l'hôpital coopératif à Elk City en Oklahoma. L'accueil des propos du docteur Shadid fut tel qu'en très peu de temps, 400 familles souscrivaient une part sociale unitaire de 100 dollars pour la construction d'une clinique à Seattle. Le Group Health Cooperative of Puget Sound était né. Ce HMO est devenu la

plus grande coopérative de santé aux États-Unis avec un demi-million de membres. Parmi les HMO coopératifs les plus connus, il faut mentionner aussi la coopérative de santé des villes jumelles Minneapolis-St-Paul qui compte 327 000 membres. Un autre HMO est North Central Health Protection Plan / Wausau Insurance à Wausau au Wisconsin avec 40 000 membres (Pierotti, 1994).

Avec son statut coopératif, le HMO de Puget Sound est dirigé par un conseil d'administration élu parmi les membres. Des conseils régionaux ont été créés, de même que des regroupements par types d'usagers qui contribuent tous deux au fonctionnement de la coopérative. La coopérative ne s'est pas arrêtée aux services de santé. Une coopérative d'habitation de 120 unités de logement a également été mise sur pied.

Une recherche, étalée sur cinq réalisée par Alain C. Einthoven et publiée dans le numéro d'avril 1992 de *World Monitor*, a démontré que le Group Health Cooperative of Puget Sound offre des soins comparables à d'autres modèles de santé pour un coût inférieur de 28% (Thompson).

Théorie de Bandura sur la prévention (autocontrôle)



D'autres personnes (Grembowski et alii, 1993) ont réalisé une enquête auprès de 2524 bénéficiaires âgés de Medicare au sein du Group Health Cooperative of Puget Sound afin de vérifier la théorie de Bandura sur l'autocontrôle (*self-efficacy*) des individus. L'autocontrôle réfère à l'estimation des individus de leur compétence à réaliser un comportement avec succès. Lorsque les personnes âgées estiment pouvoir adopter des comportements bénéfiques pour leur santé, ils adoptent effectivement ces comportements et

réduisent les risques de maladie. Albert Bandura est le protagoniste de cette théorie qui a inspiré les auteurs. Selon Bandura, l'adoption de comportements sains repose sur deux types d'attente chez les individus : l'attente d'efficacité (*efficacy expectations*) et l'attente d'un résultat (*outcome expectations*). Schématiquement, cette théorie peut être présentée de la manière suivante.

Un questionnaire a été envoyé par la poste et un interview téléphonique de 30 minutes a été réalisé. Les participants ont été séparés en un groupe expérimental et un groupe de contrôle. Le groupe expérimental a expérimenté une démarche préventive de santé touchant cinq domaines de comportements : l'exercice physique, le gras alimentaire, le contrôle du poids, la consommation d'alcool et la cigarette.

Les résultats démontrent que les personnes âgées ayant des attentes d'efficacité et de résultats élevées ont une meilleure santé. L'expérimentation montre également que les interventions préventives doivent davantage se concentrer sur la manière de changer les comportements, plutôt qu'uniquement sur les résultats de ces changements (Grembowski et alii, 1993).

5. Les autres types de coopératives de santé

Parmi les autres types de coopératives, nous retrouvons les cliniques communautaires, les coopératives d'approvisionnement et les coopératives d'achat de services de santé.

Les Community Health Care Clinics sont au nombre de 800 et elles desservent des personnes à faible et moyen revenus. Généralement, elles appartiennent à la communauté et le fonctionnement est de type coopératif. D'ailleurs, la National Cooperative Bank contribue au soutien financier d'un grand nombre de ces cliniques. Elles réussissent généralement mieux financièrement en milieu rural que leurs homologues en milieu urbain. Elles ont toutefois de la difficulté à attirer les médecins (Mach).

Les Shared Service Organizations sont des coopératives regroupant des médecins et des hôpitaux désireux de partager les coûts d'équipements et de services de santé. Ces regroupements sont d'autant plus pertinents que le tiers des dépenses des hôpitaux américains sont consacrées aux équipements. Synernet est un exemple de coopérative d'approvisionnement. Mise sur pied en 1985, elle regroupe 21 hôpitaux sans but lucratif des États du Maine et du New Hampshire. En 1990, elle a permis à ses membres d'économiser 4,1 millions de dollars américains (Mach).

Des entreprises américaines se regroupent en Health Care Purchasing Organizations, c'est-à-dire des coopératives d'achat de soins pour leurs employés. Ainsi, à Denver au Colorado, la Colorado Health Care Purchasing Alliance a été établie en 1988 pour négocier des prix compétitifs pour les services de santé de ses membres. Pour les deux premières années d'opération, les 500 membres ont économisé trois millions de dollars. Les économies réalisées ont été importantes à la Employers' Health Purchasing Co-op à Seattle également. Des pharmacies se regroupent également, comme les 50 membres de la Wholesale Pharmaceutical Cooperative à Little Rock en Arkansas.

La formule coopérative a également été à la base de la création d'un service d'optométrie proposant des examens de la vue et la vente de lunettes et verres de contact à ses membres. Quelques exemples de pharmaciens coopératives et de coopératives de soins de jour pour personnes âgées sont aussi à signaler (Williams, Kohl et Cohen, 1984).

La National Cooperative Business Association a mis sur pied une coalition américaine des coopératives de santé, la National Coalition for Health Care Cooperatives. Cette coalition participe au débat sur la réforme du système de santé américain et propose différentes formules basées sur l'organisation coopérative (Pieroti, 1994).

COSTA RICA

chapitre rédigé par Jorge Barrantes

Situé entre le Nicaragua (au nord) et le Panama (au sud-est), le Costa Rica compte une population de trois millions d'habitants, regroupés sur un territoire de 50 100 kilomètres carrés. Ce pays compte sept provinces divisées en un grand nombre de cantons (81 au total), ceux-ci comptant à leur tour plusieurs districts.

Gouverné par les sociaux-démocrates et les sociaux-chrétiens depuis plus de 50 ans, ce pays s'est caractérisé par son système de gouverne démocratique et par le fait qu' il est un des rares pays dans le monde à ne pas avoir d'armée. De plus, le Costa Rica est reconnu par son taux d'alphabétisme élevé (93,5% pour l'ensemble de la population en 1990, supérieur de 41,5% à celui du Guatemala) (ACDI, 1990). Jusqu'à la fin des années 1970, l'économie costaricienne se portait bien, avec un taux de croissance élevé, ce qui avait un impact très important sur les investissements faits par l'État dans les services de santé publique. Cependant, l'économie nationale a été fortement ébranlée, en 1978, par la chute des prix du café (un des principaux produits d'exportation) et l'augmentation des prix du pétrole en 1979. Pour équilibrer son budget, le Costa Rica a été obligé d'emprunter à des taux d'intérêt élevés. Depuis, les prix des biens de consommation ont grimpé d'au moins 20% par année et l'État a dû réduire les dépenses publiques, notamment dans le financement des services sociaux et de la santé. C'est dans ce contexte que l'État recherche la participation du secteur privé au financement des services publics.

1. Le système de santé au Costa Rica

À la fin des années 1970, le Costa Rica satisfaisait aux indicateurs de santé et de développement social que l'OMS souhaitait pour tous les pays du monde en l'an 2000 (La Republica : 1994, 5E). En 1980, le pays consacrait 30% de son budget national aux dépenses publiques en santé, soit 7,4% de son PIB (Roemer, 1991 : 417). Cela lui a permis d'atteindre, en 1990, un taux de mortalité infantile très bas comparativement aux pays voisins (22 décès pour 1 000 naissances au Costa Rica, contre 103 pour 1 000 au Honduras, et 97 pour 1000 au Guatemala); un taux brut de mortalité de 4% (7,7% pour El Salvador et 7,3% pour le Nicaragua) et une espérance de vie élevée à la naissance (74,9 ans pour un Costaricien contre 63,4 pour un Guatémaltèque) (PNUD, 1991).

Le système de santé du Costa Rica fait partie des plus développés de l'Amérique Latine. Cela a été rendu possible grâce au développement législatif en matière de sécurité sociale qu'a connu le Costa Rica dans les années 1940 et aux investissements publics. Le système de santé du Costa Rica s'est développé sous l'inspiration d'un État-providence jusqu'à tout récemment. La poursuite de ce modèle a eu pour effet la mise en place d'un système de santé très centralisé au sein du ministère de la Santé publique et la Caisse costaricienne d'assurance sociale. En 1979, ces deux institutions absorbaient 88% de l'enveloppe budgétaire consacrée aux dépenses publiques en santé (Roemer:1991, 417).

Afin de bien comprendre ce qu'est l'organisation du système costaricien de santé, nous présentons d'abord le ministère de la Santé publique et la Caisse costaricienne d'assurance sociale. Le ministère de Santé publique est l'organisme régissant la santé au Costa Rica. Sa mission principale est d'offrir des services de promotion et de prévention de la santé dans les régions rurales et dans quelques zones urbaines marginales. En 1980, cette institution comptait 388 points de services périphériques et secondaires, c'est-à-dire des postes de santé ruraux, des centres de santé, des cliniques externes, des cliniques dentaires et des centres de traitement pour les alcooliques (Roemer, 1991 : 416). Le ministère gère aussi un programme de nutrition pour les enfants et les familles pauvres. Son action touche environ 50% de la population costaricienne. Les nouvelles politiques de santé lui assigneront dorénavant un rôle plutôt normatif de la santé au Costa Rica.

Mieux connue sous le sigle CCSS, la Caisse costaricienne d'assurance sociale a été créée au début des années 1940 par la loi de l'assurance sociale qui rendait les services de santé «universelle» pour toute la population du Costa Rica quelques années plus tard (1961) (Roemer, 1991 : 415). La plus grande et la plus puissante institution financière du système de santé du Costa Rica, la CCSS est aujourd'hui propriétaire de presque tous les centres hospitaliers et de la plupart des cliniques ambulatoires du pays. La CCSS a été appelée à assumer une responsabilité centrale lors de la grande réorganisation du secteur de la santé en 1973, en assumant la construction des centres et des cliniques, et le transfert des services (Roemer, 1991 : 415). La CCSS gère les régimes de maladie/maternité (MM), et d'invalidité/vieillesse/mort (IVM), pour lesquels 90% de la population était couverte en 1990. Ces régimes se financent principalement par un système tripartite mettant à contribution l'employeur (9,25% des salaires pour le MM et 4,75% pour l'IVM), l'employé (5,5% du salaire pour le MM et 2,5% pour l'IVM) et l'État (1,25% des salaires pour le MM et 7,5% pour l'IVM).

Fidèle à sa division politique et administrative, le Costa Rica compte cinq unités régionales de santé, chacune comprenant des districts de santé peuplés de 30 000 à 60 000 habitants. L'ensemble des représentants organisés d'un district et les établissements de santé qui s'y trouvent (cliniques odontologiques dans les écoles, unités médicales ou odontologiques ambulatoires, postes ou centres de santé du ministère de la Santé publique et de cliniques externes) sont coordonnées par un système local de santé (SILOS). Les SILOS regroupent donc toutes les entités et les ressources d'une zone géographique impliquées dans les programmes de santé (Indetec, 1994 : 3-4).

Chaque district de santé se divise en secteurs qui comptent de 880 à 950 ménages (environ 4 000 personnes). Chaque secteur se place sous la responsabilité d'une Équipe de base d'attention intégrale en santé (EBAIS). Cette équipe est constituée d'un médecin, d'un auxiliaire en infirmerie, d'un ou deux promoteurs-assistants de santé communautaire et d'une réceptionniste (Marín, 1986 : 3).

Le système de santé est complété par l'action de trois autres institutions : l'Institut national d'assurances, l'Institut costaricien d'aqueduc et d'égoût, et l'Université du Costa Rica. L'Institut national d'assurances gère divers types d'assurances, dont toutes les couvertures pour les accidents de travail et les maladies professionnelles. L'institut assume également une certaine infrastructure pour les services ambulatoires et la réhabilitation de ses bénéficiaires. Ayant à son embauche un petit corps de médecins, il achète tout de même la plupart des services de santé au secteur privé et à la CCSS.

L'Institut costaricien d'aqueduc et d'égout est l'organisme responsable de la gestion, de la coordination, de l'approvisionnement en eau potable et de la disposition des eaux usées, tant dans les villes que dans les communautés rurales. Grâce à l'efficacité de cet institut, 84% de la population costaricienne bénéficiait d'eau potable courante en 1980 et 93% avait accès à un système adéquat d'évacuation des vidanges et des eaux usées (Marín, 1991 : 21).

L'Université du Costa Rica joue un rôle prépondérant dans la formation des professionnels de la santé du Costa Rica. Avant la création de l'École de médecine en 1961, on comptait seulement 27 médecins par 100 000 habitants; trente ans plus tard, on dénombrait 104 médecins par 100 000 habitants (ACDI, 1990). Même si l'université n'a pas d'hôpital-école, elle consacre d'importantes ressources financières et logistiques au soutien de plusieurs instituts de recherche dans le domaine de la santé. L'Institut de recherche en

santé (INISA) est un des établissements soutenus par l'Université et financés par le ministère de l'Éducation publique, et où sont réalisées des recherches dans le domaine des maladies infectieuses, de la nutrition, de la génétique, de la santé des mères et de l'enfance (Roemer:1991, 416).

Dans le domaine de la santé, on retrouve aussi des agences non gouvernementales telles que la Croix Rouge qui prête ses ambulances en cas d'urgence et de sinistres naturels. L'Association démographique costaricienne est une autre agence non gouvernementale qui réalise des programmes d'éducation en matière de contraception et de planification familiale.

Le financement des soins de santé provient des taxes perçues par le gouvernement central et de la contribution des employés, des employeurs et l'État basée sur le salaire, comme nous avons vu. 90% des médecins costariciens sont employés par le ministère de la Santé publique et la CCSS. Ils sont rémunérés suivant leur qualification, leur expérience et leur horaire. Parmi ces médecins, 30% font de la pratique privée après leur horaire de travail officiel (Roemer, 1991 : 416). Les 10% de médecins qui ne sont pas employés par le ministère et la CCSS sont des spécialistes hautement qualifiés qui exercent seulement en pratique privée. Ils reçoivent de leurs patients des honoraires déterminés par la situation de l'offre et de la demande.

Les produits pharmaceutiques inscrits sur la liste nationale sont couverts par l'assurance-santé, même ceux qui, dans certains cas, ont été prescrits par les médecins en pratique privée. Presque tous ces produits pharmaceutiques sont importés et sont imputés au programme d'assurance sociale de la CCSS.

Malgré le haut niveau de centralisation dans les services de santé, le système costaricien a permis d'importantes réalisations jusqu'au début des années 1980. Au début de cette décennie, la crise économique qui a affecté le Costa Rica a fait en sorte que l'État n'a pas eu les ressources financières pour continuer à soutenir son rôle d'État-providence dans le domaine de la santé. Cette impasse budgétaire freine le développement du système de santé et s'ajoute aux problèmes rencontrés dans d'autres pays : l'incapacité apparente de l'État à gérer de façon efficiente les ressources financières et humaines, l'insatisfaction pour la qualité des services offerts aux bénéficiaires, et l'écart entre les équipements utilisés et les technologies disponibles dans le champ de la santé (Indetec, 1994 : 2).

Malgré les doutes à l'égard de la gestion de l'État, il y a consensus à l'effet de centraliser les services de santé pour établir des priorités et assurer un impact significatif sur l'état de santé de la population (Marín, 1991 : 27). Cependant, l'État ne réussit pas à orienter ses ressources vers les communautés qui en ont des besoins importants et urgents, ni à permettre aux cliniques externes d'exercer une prévention efficace. Par ailleurs, les services de la CCSS et du ministère de la Santé publique n'arrivent pas à se compléter, rendant inefficace l'utilisation des ressources. Ainsi, la division trop étanche des services de santé en un volet préventif (associé au ministère de la Santé publique) et un volet curatif (associé à la CCSS) réduit l'impact des actions en santé et limite l'utilisation optimale des ressources (Indetec, 1994 : 2).

L'insatisfaction pour la qualité des services offerts aux bénéficiaires concerne plusieurs aspects des services rendus : longues périodes d'attente pour les rendez-vous, manque de place, délais prolongés pour l'obtention des médicaments, traitements impersonnels et trop souvent discourtois. Le public déplore l'approche sanitaire à prédominance biomédicale, avec son emphase sur les actions curatives et les réponses pharmacologiques, détachée des actions préventives. Les patients éprouvent également de la difficulté à accéder aux services des spécialistes; ils doivent alors avoir recours au secteur privé ou court-circuiter l'attente habituelle dans le secteur public par des pots-de-vin.

L'avancement de la science, de la technologie et les aspirations de la société pour un meilleur niveau de vie exercent une pression sur la disponibilité d'équipements de santé de pointe au Costa Rica. La faiblesse des ressources, l'inefficacité des systèmes de gestion et l'engorgement des services font que le Costa Rica ne peut pas incorporer les innovations scientifiques et techniques aussi rapidement qu'elles apparaissent (Indetec, 1994 : 3).

Le système étatique «traditionnel» a permis au Costa Rica d'atteindre de hauts niveaux de santé pour sa population. Il apparaît de plus en plus nécessaire pour le pays de chercher de nouveaux modèles de prestations des services sanitaires qui prennent en considération les impératifs tant économiques qu'organisationnels. Certains souhaitent même que le rôle de l'État dans le développement social et économique change et qu'il délaisse celui d'État-providence pour adopter celui d'État-régulateur (La Republica, 1994 : 5E).

2. Les coopératives de santé

En 1988, prennent forme des entreprises coopératives comme modèle susceptible d'apporter des solutions aux problèmes du système de santé. L'autorisation légale de la constitution des coopératives de santé costariciennes est venue d'une modification de la loi du 30 octobre 1973 sur le système de santé. Cet article a été modifié d'abord pour reconnaître le droit au ministère de la Santé publique et à la CCSS de participer aux projets spéciaux ayant une incidence sur l'amélioration de la santé publique; puis il a été abrogé pour accorder une nette préférence aux associations coopératives dans l'offre de services privée dans le domaine de la santé. Depuis cet amendement, quatre coopératives de travailleurs ont vu le jour : Coopesalud en octobre 1988, Coopesain en juillet 1989, Medicoop en novembre 1992 et Coopesana en mai 1993. Comparativement au type de prestations habituel des services de santé, ces coopératives innove sous plusieurs aspects comme en témoigne le tableau suivant.

**Comparaison des modèles traditionnel et coopératif
de services de santé au Costa Rica**

Caractéristiques	Modèle traditionnel	Modèle coopératif
Approche	Biomédical, curatif et pharmacologique.	Biosocial et préventif.
Foyer d'attention	Individu (attention discontinue).	Famille, communauté et environnement (attention continue).
Responsable	Médecin.	Équipe multidisciplinaire.
Prestation	Cliniques et hôpitaux sous la responsabilité de fonctionnaires.	Réseau de services publics et privés, avec participation d'entreprises et de bénéficiaires.
Financement	Tripartite, obligatoire et solidaire, géré par l'État.	Identique, avec d'autres sources et gestion locale.
Centralisation	Élevée.	Réduite.
Participation	Faible participation des patients.	Participation élevée.
Planification	Basée sur la demande.	Basée sur les priorités et les besoins.

Source : Marín, 1990.

2.1 Coopesalud

Coopesalud a été la première expérience coopérative de santé. Située dans le district de Pavas dans la périphérie au sud de la capitale de San José, cette coopérative est responsable de la santé des 75 000 habitants de ce district. Coopesalud a été fondée en octobre 1988 par 20 médecins qui ont investi un capital social de 100 000 colones (900 dollars canadiens, un dollar équivalant, en janvier 1995, à 115 colones). Aujourd'hui, elle compte 203 employés, dont 25 sont associés à la coopérative. Pour devenir membre de la coopérative, il faut d'abord être travailleur au sein de l'entreprise, avoir passé une période de probation et souscrire soit en argent soit en temps de travail, un capital de 6 000 colones (environ 50 dollars canadiens). La participation des sociétaires aux activités, comités et assemblées de la coopérative est d'environ 70% de la totalité des membres.

Pour réaliser son travail, cette coopérative avait à sa disposition, en 1994, un budget annuel de 400 millions de colones (soit environ 3,5 millions de dollars canadiens). Cette année, la coopérative a offert des services de santé à 800 clients par jour en moyenne. Ces services concernent notamment la consultation médicale générale, préventive et curative; la médecine spécialisée en pédiatrie, gynécologie et obstétrique, la chirurgie mineure, la consultation téléphonique et les visites à domicile. D'autres services sont également disponibles : la prévention de groupes, la promotion de la santé, la prévention dentaire, le travail social, la nutrition, les services de pharmacie, les services de laboratoire et de rayons X, les services administratifs de vérification des droits d'affiliation au programme d'assurance sociale, le service de référence de patients et la recherche.

Pour offrir ces services, Coopesalud recourt à une clinique ambulatoire qui appuie le travail de 12 secteurs sanitaires. Dans ces secteurs, on retrouve des postes de santé construits avec la participation de la communauté, dans lesquels fonctionnent aujourd' hui 10 EBAIS. Cette coopérative a été la première institution de santé au Costa Rica à appliquer de façon opérationnelle le concept d'EBAIS.

Financée à 99% par la CCSS, cette coopérative vend des services de santé à cette institution publique, laquelle paie un certain tarif par usager de la coopérative (système de capitation). Cette tarification est annuellement révisée et inscrite dans une convention liant la coopérative et la Caisse. Dans cette entente sont définis les services que la coopérative donnera à la communauté, la tarification que la CCSS paiera à la coopérative, les

mécanismes de contrôle et de respect des normes de santé, les installations physiques et les équipements médicaux prêtés par la Caisse à la coopérative pour assumer ses fonctions. De cette façon, le ministère de la Santé publique et la CCSS demeurent les organismes régissant la santé costaricienne. La coopérative n'impose aucun tarif aux bénéficiaires pour les services qu'elle donne aux habitants de Pavas, ces services étant totalement gratuits. C'est l'État qui continue à assumer les dépenses des services de santé. Comme l'a noté Marín (1991) : «(...) la coopérative est payée pour la santé de la population et non pour les actes médicaux, ce qui contribue à atteindre un équilibre entre l'intérêt économique de l'entreprise et la fin sociale du service public qu'elle rend».

Inscrite dans le cadre législatif des coopératives d'autogestion, Coopesalud est membre du réseau des coopératives de travailleurs de la Commission permanente des coopératives d'autogestion du Costa Rica. Pour cette raison, Coopesalud est régie par la loi de 1982 sur les associations coopératives (Infocoop, 1987 : 3). Dans cette loi, les coopératives d'autogestion sont définies comme «(...) des entreprises organisées pour la production des biens et des services, dans lesquelles les travailleurs qui la composent gèrent toutes les activités de la coopérative en même temps qu'ils apportent leur force de travail, avec l'objectif principal de réaliser les activités productives en échange de quoi ils reçoivent, en proportion à leur apport de travail, des bénéfices d'ordre économique et social» (Infocoop, 1987 : 4).

2.2 Coopesain

La Cooperativa Autogestionaria de Servidores para la Salud Integral (Coopesain) a été constituée légalement en juillet 1989 selon les dispositions régissant les coopératives d'autogestion. Située au nord de San José dans le canton de Tibas, cette deuxième coopérative de santé dessert une population d'environ 60 000 habitants.

Cette coopérative assure les services de santé dans deux domaines bien définis : la santé préventive familiale et communautaire, et les soins primaires. Parmi les services préventifs, on compte un programme d'éducation et de promotion dans les écoles et les organisations communautaires. En ce qui a trait aux soins primaires, les services offerts sont la consultation médicale générale curative et les consultations spécialisées telles que la gynécologie et l'obstétrique, la pédiatrie, la chirurgie mineure, la psychiatrie et la médecine familiale. Coopesain donne aussi des services d'urgence, de chirurgie ambulatoire, d'odontologie, de pharmacie, de laboratoire clinique, de radiologie, de vérification des droits et de l'affiliation aux programmes d'assurance sociale et de bien-être.

Coopesain loue à la CCSS pour un prix symbolique, une clinique moderne. Celle-ci constitue le centre de référence et d'appui pour le district, lui-même divisé en cinq secteurs sanitaires. Actuellement, la clinique supervise les quatorze EBAIS. Coopesain comptait en mars 1993 un total de 170 employés, dont 30% étaient des professionnels. Les conditions pour devenir membre de la coopérative sont les mêmes que celles prévalant à Coopesalud. La seule différence réside dans l'apport de capital que doit fournir chaque membre, apport qui est calculé proportionnellement au salaire.

Tout comme Coopesalud, Coopesain finance 85% de ses activités par la vente de services de santé à la CCSS et au ministère de la Santé publique. Le 15% qui reste provient en partie des activités liées au programme «médecine entreprise» qui permet à la coopérative de vendre des services de santé (soins dentaires, santé occupationnelle, etc.) aux entreprises situées dans le rayon d'action géographique de Coopesain. Les salaires représentent 75% des dépenses de la coopérative.

2.3 *Medicoop*

Medicoop a été constituée officiellement comme entreprise coopérative en novembre 1992 par 16 médecins. Aujourd'hui, elle compte 19 médecins sociétaires qui composent et gèrent la coopérative. Celle-ci emploie 20 personnes non membres et ne pouvant pas adhérer, à moins de changer le statut de la coopérative qui n'accepte que les médecins à titre de membre. Cette organisation existe depuis 1987 sous différentes dénominations : d'abord comme groupe expérimental, puis comme association de professionnels en services médicaux. Elle a opté pour le statut de coopérative afin de respecter la loi de 1988 sur la santé; Medicoop est donc régie par la loi des coopératives d'autogestion du Costa Rica.

Le bureau central de Medicoop se trouve dans la province de Heredia. Son rayon d'action couvre deux cantons de la province Heredia (Barva et San Isidro) et trois districts du canton central de la province de Alajuela (La Garita, Tambor et Carrillos). La population desservie dans ces territoires atteint 75 000 habitants (1993).

Cette coopérative fournit des services médicaux dans trois cliniques administrées et gérées par la CCSS. Contrairement aux autres coopératives de santé, son intervention ne se fait pas par l'intermédiaire d'une EBAIS, mais à partir d'une autre figure très similaire qui s'appelle *consultorios comunales*. En principe, le travail de base exécuté par les *consultorios* est le même que celui exécuté par une EBAIS, sauf que les médecins qui

composent Medicoop n'offrent pas de services de prévention et d'infirmier. Cependant, la coopérative compte un département de promotion sociale de trois personnes qui appuient le travail des médecins.

À l'instar des autres coopératives costariciennes de santé, cette coopérative dépend de la CCSS pour son financement. Comme elle offre uniquement des services dans le domaine médical, sa dépendance financière à l'égard de la CCSS est totale.

2.4 Coopesana

Coopesana est la plus récente expérience coopérative dans le domaine de la santé au Costa Rica. Fondée en mai 1993 dans le canton de Santa Ana (15 kilomètres à l'ouest de la capitale San José), elle procure des services à une population d'environ 27 000 habitants. Cette coopérative est née du besoin de la communauté de compter sur sa propre clinique de santé, puisque les habitants de ce canton devaient voyager jusqu'à San José pour avoir accès à des services de santé. Parmi les services que Coopesana fournit à la communauté, nous retrouvons la médecine générale et interne, les visites à domicile, le travail social, la consultation téléphonique (24 heures), l'odontologie, la pédiatrie, la gynécologie et l'obstétrique, la chirurgie, l'urgence, la pharmacie et les laboratoires.

Coopesana est gérée par 13 associations communautaires et 50 travailleurs membres parmi les 67 que la coopérative comptait en janvier 1995. Pour devenir membre de la coopérative, les travailleurs ou l'association membre doivent payer une part sociale identique au montant de 26 000 colones (226 dollars canadiens en 1995). Les membres de la communauté ne peuvent devenir sociétaires que par l'intermédiaire d'un groupe organisé. Chaque association est représentée aux instances décisionnelles et participatives (assemblée générale et comités) par le délégué qu'elle désigne, de sorte qu'une voix est attribuée à chaque association et à chaque travailleur membre.

Au niveau opérationnel, la coopérative compte sur le travail de six EBAIS. Son organisation cogestionnaire permet à Coopesana d'être appuyée par des comités locaux de santé communautaire. La coopérative dépend aussi fortement de la CCSS pour ses ressources financières, mais elle essaie, comme toutes les autres coopératives de santé, de générer d'autres revenus par des services offerts dans les entreprises et dans d'autres districts.

Dans le cadre législatif costaricien, Coopesana est une coopérative de cogestion. La loi définit ce type d'organisation comme étant «toute coopérative où la propriété, la gestion et les excédents sont partagés entre les travailleurs et les producteurs de matière première, entre l'État et les travailleurs, ou entre les producteurs de matière et l'État». Dans le cas présent, Coopesana appartient aux travailleurs membres et aux associations qui gèrent la coopérative et gèrent ses excédents.

3. Les défis pour les coopératives costariciennes de santé

Les coopératives de santé au Costa Rica doivent affronter trois défis de taille. Premièrement, les coopératives doivent continuer à offrir un bon service aux bénéficiaires du programme d'assurance-santé, tout en maintenant les coûts unitaires des consultations au plus bas coût possible. Cela suppose que les gestionnaires de ces coopératives maintiendront ou amélioreront la capacité de gestion des entreprises pour maintenir leur position concurrentielle vis-à-vis de la CCSS et le ministère de la Santé publique.

Deuxièmement, les coopératives de santé doivent consolider leur modèle, qu'il soit sous formes autogestionnaire ou cogestionnaire. De cette manière, le modèle coopératif pourra représenter une des formes valables de prestation des soins de santé pour la population costaricienne.

Troisièmement, le plus grand défi des coopératives de santé est sans doute de diversifier leurs sources de financement afin d'éviter la dépendance à l'égard de la CCSS, devenir plus autonomes et décider de leur propre développement.

PANAMA

Grâce à l'appui des États-Unis, le Panama est devenu un pays en 1903 en se séparant de la Colombie. Cette passerelle entre l'Atlantique et le Pacifique accueille 2,5 millions habitants, dont 40% vivent dans les zones rurales qui sont les moins bien nanties du pays. Le pays occupe une position géopolitique stratégique, principalement à cause de son canal construit par les Américains de 1904 à 1914. Cette voie navigable constitue une source de tensions constantes avec les États-Unis qui ont signé, en 1977, avec le Panama, le traité Carter-Torrijos. Une répartition plus équitable des bénéfices en a résulté et la zone du canal devrait disparaître en l'an 2000 pour être rétrocédée au pays.

1. Le système de santé

Pour résoudre leur conflit de juridiction, le ministère de la Santé et le programme de sécurité sociale ont regroupé et coordonné leurs interventions dans un système intégré de santé. Ce n'est que depuis 1973 que toute la population est théoriquement couverte par ce système. Cette couverture est virtuelle, malgré le slogan «Santé égale pour tous» (*Salud Igual para Todos*) et ce, pour plusieurs raisons, qui ne concernent pas nécessairement le fait que les Panaméens doivent déboursier un montant minime pour les services publics de santé.

Établissements de santé au Panama (1982)

Type	Nombre	Ressources professionnelles
Centres de santé	157,00	1 ou 2 généralistes
Sous-centres de santé	131,00	Infirmiers et auxiliaires
Postes de santé	301,00	Infirmiers et auxiliaires
Hôpitaux	44,00	14 sont privés (13% des lits)

Source : Roemer, 1991 : 363.

Premièrement, les médecins, les infirmières et les dentistes sont inégalement répartis sur le territoire, à la faveur des grandes villes. Deuxièmement, la population se dit insatisfaite des services disponibles dans les centres et les postes de santé (voir le tableau suivant pour connaître le nombre d'établissements et leurs ressources). C'est pourquoi plusieurs patients préfèrent se rendre dans les cliniques externes des hôpitaux, qui deviennent alors

surchargées. Pour répondre à la demande, les consultations dans les hôpitaux sont brèves, ce qui nuit à la qualité des services. L'autre alternative consiste à se rendre dans les cliniques privées.

Troisièmement, 90% des médecins partagent leur temps de travail entre le secteur public et le secteur privé, ce qui crée un véritable cercle vicieux (Roemer, 1991 : 365). C'est que dans le secteur public, ils sont salariés et ils ne font généralement que la moitié du temps pour lequel ils sont payés. La qualité des soins en souffre, ce qui incite les patients qui en ont les moyens à demander des soins dans le secteur privé; d'autres vont chercher des médicaments dans les pharmacies sans consultation. Puisque la demande est élevée dans le secteur privé, celui-ci devient de plus en plus lucratif, ce qui incite les médecins à lui consacrer plus de temps et à minimiser le temps de travail dans le secteur public. La qualité des services dans ce secteur se dégrade davantage.

2. Coopasi

Coopasi est située dans une des neuf provinces du pays, la province Santiago de Veraguas, au centre de la République du Panama, qui compte 220 000 habitants. Étant donné la configuration géographique mettant à proximité les côtes du Pacifique et de l'Atlantique, Coopasi peut offrir ses services à trois autres provinces qui ajoutent 400 000 personnes.

La province de Veraguas n'avait qu'un hôpital public de 320 lits. Ces places étaient toutes occupées en permanence et parfois, deux patients se partageaient le même lit. Il s'agissait de l'occupation de lits d'hôpitaux la plus élevée du pays. Cette surpopulation créait une insatisfaction pour toute la communauté. Si une personne choisit la médecine privée, cette option comporte des coûts trop élevés pour la majorité de la population, même si les traitements sont de meilleure qualité. C'est pourquoi un groupe de personnes composé d'usagers et de médecins ont formé, après environ deux ans de rencontres hebdomadaires, Coopasi en novembre 1990 (Medical Co-op Committee of JCCU, 1992 : 86-93).

Chaque membre paie une cotisation mensuelle de cinq dollars américains. En plus, il débourse un montant mensuel de trois, cinq ou 10 dollars, selon le type de services hospitaliers désirés, ce qui représente une forme d'assurance-hospitalisation. Aussi, les professionnels de la santé qui sont membres de Coopasi accordent une réduction de 30% de leurs honoraires aux membres de la coopérative qui vont à leur clinique privée pour recevoir des soins.

La coopérative bénéficie de l'apport de bénévoles et de salariés. L'administrateur est un enseignant à la retraite qui ne touche pas de rémunération. Une secrétaire et un comptable travaillent à temps partiel.

Tous les Panaméens et les Panaméennes peuvent joindre la coopérative. Chaque candidat doit être une personne en bonne santé, elle s'engage à participer à un séminaire sur la santé et elle présente son histoire médicale. Le conseil d'administration passe en revue chaque candidature et décide d'accepter ou de refuser les candidats. La coopérative compte environ 300 membres et leur bonne santé au moment de l'adhésion est importante pour permettre à la coopérative de survivre. Les enfants de moins de 18 ans d'un nouveau membre sont automatiquement bénéficiaires de la coopérative, moyennant une cotisation modique.

Au cours de la première année d'adhésion, les membres n'ont accès qu'aux services d'hospitalisation d'urgence. À partir de la deuxième année, ils ont accès aux divers services hospitaliers, ce qui comprend l'urgence, la maternité et d'autres services.

En plus du programme d'hospitalisation, Coopasi tient aussi des activités d'éducation sur les problèmes de santé qui concernent les communautés. Coopasi ne donne donc pas de soins directement à ses membres. La coopérative permet plutôt d'établir des liens entre les patients membres et les professionnels de la santé ayant adhéré à la coopérative.

Le conseil d'administration de la coopérative est choisi lors d'une assemblée générale annuelle. On retrouve également dans l'organisation de Coopasi un comité de vigilance et un comité d'éducation. Le comité de vigilance est constitué lors de l'assemblée générale et il surveille les services d'hospitalisation, les rapports médicaux et la gestion financière de la coopérative. Le comité d'éducation est choisi par le conseil d'administration dont la principale fonction est d'offrir des activités sur la coopération, la solidarité et le fonctionnement de la coopérative.

Coopasi regroupe donc un certain nombre de professionnels de la santé : chirurgiens, internes, généralistes, obstétriciens, pédiatres, neurologistes et anesthésistes. Ces professionnels acceptent les tarifs de la coopérative et c'est en partie grâce à leur collaboration que Coopasi peut offrir des services de qualité à ses membres, tout en assurant la coopérative d'une marge excédentaire nécessaire à la poursuite de ses opérations.

La coopérative cherche actuellement à étendre ses activités. Une négociation a cours actuellement avec une des plus grandes coopératives du Panama, la Coopérative des enseignants du Veraguas. Cette coopérative regroupe 5 000 membres et elle souhaiterait que Coopasi offre son programme d'hospitalisation pour ses membres. Ceci représenterait une nouvelle étape de croissance pour la coopérative.

Si Coopasi réussissait à consolider ses assises financières, elle créerait une pharmacie ouverte 24 heures par jour, elle améliorerait le logement de ses membres, de même que les systèmes d'évacuation des égouts et de ramassage des déchets.

BRÉSIL

Le Brésil est un pays aux dimensions continentales (8,5 millions de kilomètres carrés) marqué par des contrastes géographiques et de niveau de vie pour les 151 millions d'habitants (1995). Après avoir été colonisé par plusieurs pays européens, le Brésil est devenu, en 1889, une république, après l'évincement de la famille impériale et suite à l'abolition de l'esclavage en 1888.

La deuxième guerre mondiale est à l'origine du boom économique et du développement industriel qu'a connu le sud du pays, et tout particulièrement la région de São Paulo. Même si les industries sont inégalement distribuées sur le territoire, les secteurs qu'elles investissent sont diversifiés. L'acier, la pétrochimie, l'automobile, la chaussure, le textile, le bois et le matériel électrique sont quelques produits industriels qui contribuent à la production nationale brésilienne. Le Brésil se situe au 8^e rang mondial pour la taille de son économie. Il possède des richesses minières considérables (2^e producteur mondial de fer, 3^e pour le manganèse et l'or), une agriculture très productive notamment dans certains secteurs d'exportation (le plus grand exportateur de canne à sucre et de café).

Au point de vue démographique, le taux de natalité a constamment diminué depuis le début des années 1960. Il est passé de 37,7 naissances par millier d'habitants en 1960 à 26,1 pour mille en 1995. Par ailleurs, on retrouvait pratiquement autant de Brésiliens en milieu rural qu'en milieu urbain à la fin des années 1960. En 1995, seulement 20% de la population vit en milieu rural.

Pour contrer les tentatives de réforme agraire et de nationalisation par les gouvernements populistes qui se sont succédés au Brésil, les militaires ont réussi, en 1964, un coup d'État. Leur régime a été maintenu pendant 20 ans. L'espoir de développer des services de l'État s'est pratiquement éteint avec les récessions de 1974 et de 1980-1981, et avec le poids de la dette sur les finances publiques. L'échec relatif des politiques de redressement du gouvernement Sarney (1985-1989), puis du président démissionnaire Collor (1990-1992) accusé de corruption, n'ont pas aidé à améliorer les conditions de vie et sanitaires d'une grande partie de la population.

Pourtant, dans les années 1960 et 1970, le Brésil connaissait une croissance économique remarquable. On croyait possible l'extension des services sociaux et de santé pour toute la

population. Étant donné l'ampleur des besoins, les ressources de l'État central n'ont jamais permis une couverture suffisante. Nous verrons dans les prochains paragraphes que pour remédier à la situation, le gouvernement a adopté, au début des années 1960, une loi responsabilisant les entreprises pour la santé des travailleurs. En échange d'une contribution de l'État de 5% du salaire minimum par travailleur, chaque entreprise devenait responsable des soins de santé pour ses employés. Craignant la commercialisation des soins médicaux pour l'obtention de contrats avec les entreprises et ses effets pour la qualité des soins et la profession médicale, Edmundo Castilho fonde Unimed en 1967, la première coopérative de santé à Santos, une ville dans l'État de São Paulo (Unimed, 1995).

1. Le système de santé brésilien

Le système de santé au Brésil est complexe. Plusieurs intervenants de la santé contribuent à le structurer dans les domaines de la médecine traditionnelle, des services de santé charitables et volontaires, des ministères et agences gouvernementales, du programme de sécurité sociale, des diverses agences gouvernementales et du marché médical privé. Le régime public (la sécurité sociale, principalement, et les dépenses des États brésiliens) couvre plus de 70% des dépenses totales de santé, alors que la composante privée (les personnes, principalement, et les entreprises) en assume 30% (Roemer, 1991 : 328).

La médecine traditionnelle est essentiellement locale et elle s'inspire d'un savoir-faire hérité des générations antérieures qui ont appris à utiliser les médicaments locaux, souvent à base de plantes. Ces pratiques perdent de la vigueur pour plusieurs raisons : l'urbanisation, la disponibilité des produits pharmaceutiques industriels et l'interdit sanctionné par la loi.

Les services de santé charitables et volontaires sont le plus souvent assumés par les prêtres catholiques, comme c'est le cas dans plusieurs pays latino-américains. Dans les années 1950, un hôpital typique (*santa casa*) était habituellement situé près de la cathédrale d'une ville relativement importante et il regroupait 20 à 30 lits. L'équipement médical était rudimentaire et les médecins effectuaient des visites périodiques pour de faibles honoraires. Actuellement, ces hôpitaux accueillent surtout des bénéficiaires de la sécurité sociale. Ils ont été modernisés par le ministère de la Santé et une fédération de ces hôpitaux a été créée. Parmi les services volontaires, le Brésil compte quelques *beneficencias privadas*, des sociétés coopératives mises sur pied par des immigrants; les parts sociales sont relativement élevées et une cotisation annuelle doit être versée.

Le ministère de la Santé origine du directorat de la Santé publique (1904) et ce n'est qu'en 1953 que les secrétariats de la Santé ont été créés dans chacun des 26 États du pays. Contrairement aux pays où on retrouve un État-providence, la part relative des dépenses du ministère de la Santé a chuté, de 1978 à 1982, de 13,9% à 10,4% des dépenses gouvernementales (Roemer, 1991 : 319). Près de 60% du budget actuel du ministère est remis aux États qui eux tentent de répondre aux besoins des hôpitaux et des centres de santé dont ils ont la responsabilité. Essentiellement, l'action du ministère consiste à offrir un support aux initiatives de santé. D'autres agences gouvernementales interviennent dans le domaine de la santé. Il s'agit notamment du ministère de l'Intérieur pour l'approvisionnement en eau, entre autres, et du ministère de l'Éducation et de la Culture pour la formation des professionnels de la santé.

Le secrétaire à la santé de chaque État est élu et il est responsable de la santé publique et des soins médicaux. Environ 10% des hôpitaux du pays sont sous la responsabilité des secrétaires d'État à la santé, de même que les centres de santé dont le nombre varie grandement selon la richesse des États. Les 4 000 municipalités du Brésil assument également certaines responsabilités en matière de santé et elles contrôlent 5% des hôpitaux du pays.

Le programme de sécurité sociale couvre certains soins de santé pour les travailleurs brésiliens qui ont été reconnus, groupe par groupe, depuis 1934. C'est dans le cadre de cette mesure qu'UNIMED présentée plus bas a été mise sur pied. Certaines entreprises privées ont commencé à offrir, grâce à cette disposition, des services de santé ambulatoires opérés le plus souvent avec la collaboration des syndicats. En 1960, sept instituts de santé assuraient autant de catégories de métiers touchant plus de quatre millions de travailleurs et leurs dépendants, soit 15 millions de personnes. Chaque institut établissait ses propres cliniques, engageait son personnel et gérait ses pharmacies. Différentes lois ont été adoptées pour généraliser ce type de couverture des soins, normaliser les soins des différents instituts et favoriser la coopération entre eux. Pour l'État, il s'agissait d'un régime pour lequel les coûts étaient prévisibles et les risques de dérapages financiers considérablement réduits.

En voulant généraliser cette mesure, l'État a suscité l'opposition de l'Association médicale brésilienne. Certains médecins étaient favorables à cette façon de faire, car cela leur procurait un emploi régulier. En ce qui a trait à l'offre des services de santé, certaines

entreprises sont tentées de contracter avec des «entreprises commerciales de santé» (*health traders*). Les associations médicales mènent depuis une campagne contre cette politique, car elles craignent que les entreprises recherchent des services médicaux à rabais. Les professionnels de la santé ont peur d'une dégradation de la qualité des soins et une dévaluation de la profession médicale. Cette politique comporte d'autres difficultés. Certains groupes de travailleurs, les travailleurs agricoles par exemple, ne sont pas couverts par ce régime, et ils sont pourtant les plus nombreux. Parfois, les services de santé ne sont pas accessibles à moins d'un long déplacement dans des régions parfois inhospitalières. Les difficultés économiques ne permettent pas non plus de réduire le chômage élevé dans les grandes villes et de recruter de nouveaux cotisants. C'est pourquoi seulement la moitié de la population active contribue à ce régime public à la fin des années 1980 (Roemer, 1991 : 329).

Le marché médical privé est en plein développement au Brésil. Généralement, les médecins pratiquent à la fois dans le système public et dans le système privé. Le statut privé des centres dentaires et des pharmacies est pratiquement la règle, de sorte que la plus grande partie du budget familial pour la santé est consacrée à l'achat de médicaments. Nous devons enfin faire remarquer que les deux tiers des hôpitaux brésiliens sont privés (avec ou sans but lucratif).

En somme, le système de santé brésilien est éclaté et il ne réussit pas à offrir une couverture à l'ensemble de la population, ni même à tous les travailleurs qui, théoriquement du moins, devraient pouvoir en bénéficier. La répartition inégale des médecins et les salaires relativement peu élevés incitent à pratiquer dans plusieurs institutions, ce qui conduit parfois à des consultations inutiles. Le pays souffre également d'une pénurie d'infirmières. Les investissements en santé sont inégalement répartis entre le sud et le nord, plus pauvre et plus nécessiteux. On manque également de personnel pour appliquer les normes publiques dans les hôpitaux et inspecter convenablement la nourriture et les produits pharmaceutiques. Enfin, plusieurs intervenants souhaitent une décentralisation de tous les programmes de santé en faveur des États. Les tableaux suivants donnent une image des ressources de santé publiques et privées pour les services de santé, et de leur évolution.

Ressources ambulatoires au Brésil (1982)

Types de ressources	Nombre
Centres de santé (états)	5 237
Postes de santé (milieu rural)	4 824
Polycliniques (privées et multispécialistes)	7 011
Centres d'urgence (indépendants)	181
Unités mixtes (gouvernemental, avec lits)	450
Cliniques externes d'hôpitaux	5 075
TOTAL	22 778

Roemer, 1991 : 327

Types de ressources	Nombre
Centres de santé (états)	5 237
Postes de santé (milieu rural)	4 824
Polycliniques (privées et multispécialistes)	7 011
Centres d'urgence (indépendants)	181
Unités mixtes (gouvernemental, avec lits)	450
Cliniques externes d'hôpitaux	5 075
TOTAL	22 778

Roemer, 1991 : 327

Ressources en santé au Brésil (1995)

Types de ressources	Nombre
Établissements publics	23 858
Établissements privés	11 843
Médecins	207 000
Écoles de formation en santé	80,000

Source : Unimed, 1995.

2. Unimed

Nous avons vu qu'à la fin des années 1960, l'intervention du gouvernement brésilien dans le domaine de la santé était encore timide et cherchait à institutionnaliser la santé dans les entreprises. L'Association médicale brésilienne s'opposait à cette mesure. Dans la ville de

Santos, le syndicat des médecins croyait que seule une alternative pouvait contrer ces entreprises commerciales. À la fin des années 1960, le syndicat a mis sur pied une association à but non lucratif permettant aux patients de choisir leurs cliniques et leurs hôpitaux, ce qui devait assurer la qualité des soins et le respect de l'éthique médicale. Le médecin Edmund Castilho a fait la promotion de la formule d'abord au congrès de l'Association médicale brésilienne, puis dans d'autres régions du pays en utilisant le vocable UNIMED. Après peu de temps, 33 UNIMED ont été créées, ce qui démontrait la faisabilité du projet et l'ouverture du corps médical pour ce type de projet (Medical Co-op Committee of JCCU, 1992 : 76-85). En 1983, le premier hôpital géré par une unité Unimed indépendante a vu le jour à Brasilia (Barbosa da Silva, 1995). En mettant sur pied les premières UNIMED, les professionnels fondateurs mettaient en doute la qualité des soins offerts par les entreprises privées et l'État. Ils croyaient que l'initiative communautaire privée pouvait offrir une meilleure qualité de soins. D'après eux, la population avait besoin d'une assurance-santé communautaire dans laquelle toutes les composantes de la société pouvaient s'impliquer et trouver des solutions aux problèmes de santé à travers l'organisation des services, l'intégration des ressources et la décentralisation. UNIMED veut offrir une qualité de services de santé, dans l'esprit des principes coopératifs et selon les règles éthiques médicales. UNIMED se préoccupe également de l'éducation des membres à la santé.

Fondé en 1967, le complexe Unimed regroupe, en 1995, huit millions d'usagers. 73 000 médecins travaillent dans 304 coopératives, avec une infrastructure de 25 hôpitaux, 1 800 lits, 14 centres de rayons X, 66 unités de premiers soins et 22 cliniques avec laboratoires. Le complexe regroupe trois types de coopératives : des coopératives de santé (Unimed), de crédit (Unicred) et de consommateurs usagers (Usimed). Les coopératives de santé Unimed offrent dans les coopératives locales les soins de santé de première ligne. Les Unicred forment une mutuelle et oeuvrent de concert avec les Unimed locales. Au nombre de 60, elles gèrent les ressources du système. Quant aux Usimed, elles cherchent à réduire les coûts en collaboration avec les Unimed. Les Usimed opèrent actuellement une chaîne de pharmacies pour offrir aux membres des médicaments et autres nécessités aux meilleurs coûts.

D'autres services se greffent au complexe Unimed pour répondre à différents besoins. Les parts Unimed constituent un lien entre les coopératives et le marché. Il s'agit d'une compagnie qui peut, compte tenu des dispositions légales brésiennes, faire en sorte que le complexe Unimed peut transiger avec des entreprises privées. L'Assurance Unimed est

une compagnie mise sur pied en 1990 pour la couverture des besoins des coopératives et des membres. Le Centre de formation Unimed offre aux membres et aux professionnels des cours, des séminaires et la documentation nécessaires à leur formation continue. Les systèmes Unimed offrent des services d'informatique pour les administrations et opèrent un réseau de communication par satellite pour tout le territoire du Brésil.

En matière de représentation, des rencontres régulières ont lieu dans les régions entre les coopératives pour résoudre les différents problèmes. Une assemblée annuelle d'UNIMED au niveau national regroupe toutes les parties afin d'assurer le maintien de règles éthiques et l'amélioration de la santé collective de la population.

Le rayonnement de ce complexe coopératif atteint ses pays voisins et des ententes de partenariat ont été établies. Ainsi, des ententes permettent actuellement aux voyageurs assurés par Unimed qui séjournent dans les pays du marché commun de la pointe sudiste de l'Amérique du Sud -le *Mercosul* - qui comprend l'Argentine, l'Uruguay, le Paraguay et le Brésil - de recevoir des soins. Unimed a également tissé des liens avec certaines organisations médicales coopératives situées dans les pays du *Merconorte* (Bolivie, Chili, Colombie, Équateur, Pérou et Vénézuéla).

SUÈDE

On estime, en 1990, la population de la Suède à 8,7 millions d'habitants qui sont concentrés sur les régions côtières et dans le sud du pays. La Suède symbolise le prototype de l'État-providence et le modèle par excellence de la conception institutionnelle de la politique sociale. Parmi les pays de l'OCDE (voir annexe 1), c'est celui qui consacre la plus grande proportion du PIB aux dépenses publiques de santé. Il faut dire que la social-démocratie a été au pouvoir de 1932 à 1991, à l'exception de la période allant de 1976 à 1982.

1. Le système de santé suédois

À l'instar des pays scandinaves, la Suède a développé des services publics accordant «une priorité aux prestations en nature sur les prestations en espèces» (Groulx, 1990 : 40). Contrairement aux prestations en espèces qui reposent sur l'idéologie de la responsabilité privée et individuelle, même au risque que leur utilisation soit détournée de leurs fins, les prestations en nature font appel à la solidarité sociale et nationale.

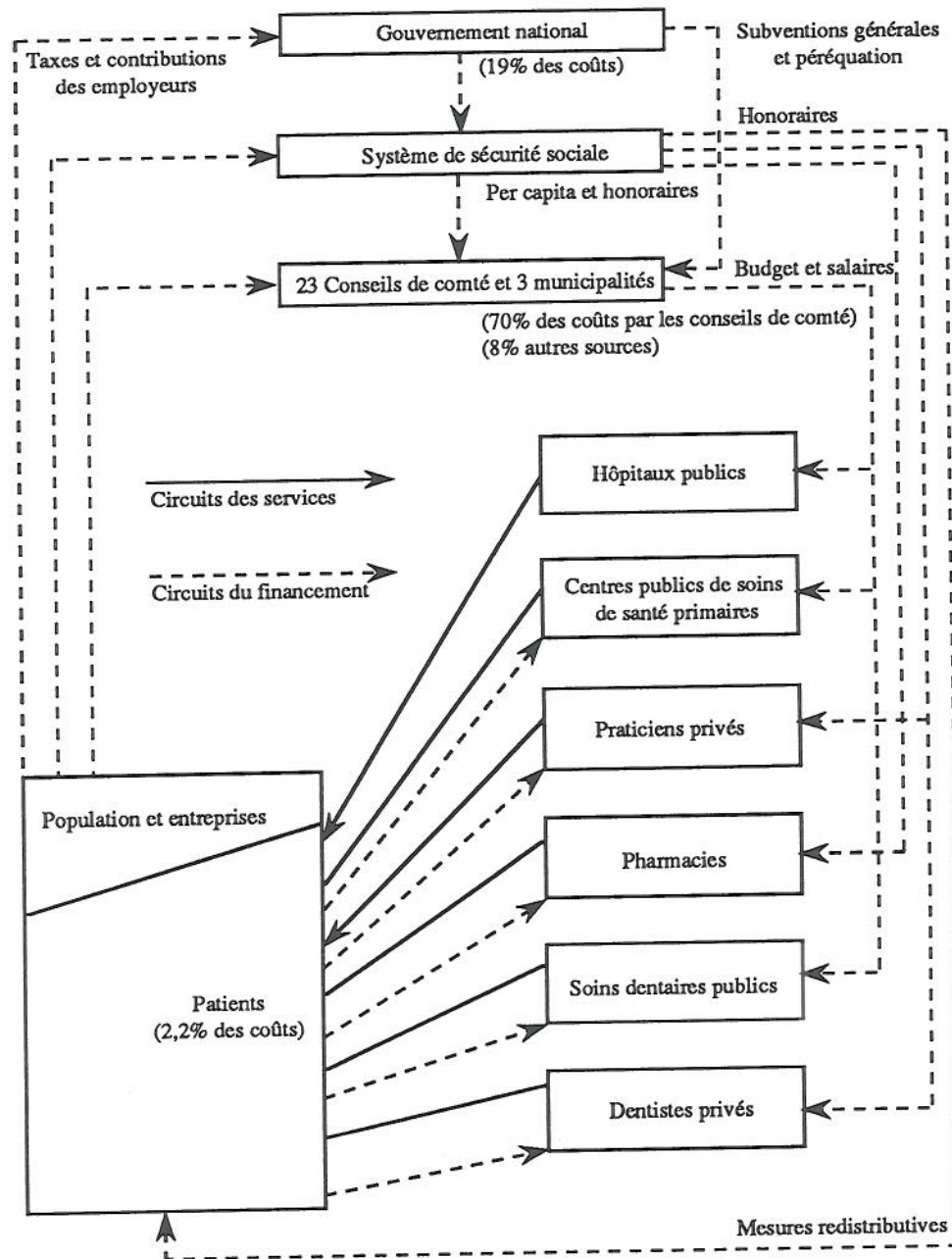
D'une part, le système de santé suédois est la responsabilité publique des 23 conseils de comté, dont les membres sont élus au trois ans et représentent les principaux partis politiques nationaux. Chaque comté regroupe en moyenne 300 000 personnes (de 60 000 à 1,7 millions de personnes). D'autre part, les 290 municipalités ont, depuis 1992, la responsabilité des maisons de soins (*nursing homes*) et des soins à domicile. On retrouve des hôpitaux au niveau régional, des comtés et des municipalités. Dans chacune des six régions du pays, un hôpital se consacre à la recherche et à l'enseignement, sous la responsabilité des conseils de comté de chaque région. Pour leur part, chacun des comtés regroupe des hôpitaux centraux bénéficiant de 15 à 20 spécialistes différents et des hôpitaux de district qui ont quatre spécialistes différents. Les municipalités assument les soins primaires avec des centres de santé.

Les principaux organismes responsables du système de santé sont :

- le Bureau national de la santé et du bien-être : il supervise et évalue le développement des politiques sociales, centralise l'information dans le champ de la santé et des politiques sociales et devient l'expert du gouvernement en la matière;
- la Fédération des conseils de comté : elle négocie avec le gouvernement les arrangements économiques avec les conseils de comté et les conditions de travail du personnel de santé;

- le SPRI (l'Institut suédois pour le développement des services de santé), conjointement administré par le gouvernement et les conseils de comté : il réalise des recherches sur les soins de santé et leur administration;
- le SBU (le Conseil suédois d'évaluation des technologies dans les soins de santé) : il donne des avis sur les aspects éthiques des technologies de la santé.

Schéma du système de santé suédois



Berleen, Rehnberg et Wennström (1993)

Le système de santé de la Suède a connu une forte décentralisation depuis une trentaine d'années. Ainsi, dans les années 1960, les conseils de comté (*county concils*) ont acquis la responsabilité des services ambulatoires et psychiatriques, et une structure régionale des hôpitaux a alors été mise en place. Puis, dans la foulée de la réforme constitutionnelle de 1974, la nouvelle loi de 1982 sur les services de santé a mandaté les conseils de comté pour fournir les soins, promouvoir la santé et offrir aux citoyens un accès égal à de bons soins médicaux (Berleen, Rehnberg et Wennström, 1993). Il est à noter que cette loi du début des années 1980 a adopté une perspective globale de la santé, en misant sur la prévention, la normalisation et l'autodétermination et qu'elle a accordé l'administration des services sociaux aux municipalités (services aux personnes handicapées, aux personnes âgées et garderies) (Groulx, 1990 : 42-53). D'autres lois ont également apporté des changements au système de santé. En 1985, la loi sur «Le développement d'une politique des soins de santé» a renforcé le système de soins de santé primaire (responsabilité des municipalités), les actions intersectorielles et préventives pour la santé, puisque le système de santé était jusque là «hospitalo-centrique» (Groulx, 1990 : 54). Puis, la réforme Dagmar a introduit le remboursement des soins ambulatoires par l'État sur la base du nombre d'habitants dans les comtés et de certains critères sociaux. Enfin, en 1988, le parlement suédois a institué un moratoire empêchant les conseils de comté et les municipalités d'augmenter les taxes de 1990 à 1993, ce qui a entraîné une plus grande efficience du système de santé, d'après Berleen, Rehnberg et Wennström (1993).

Le financement des soins de santé provient des taxes directement perçues par les autorités régionales et des subventions gouvernementales pour certains services. Les médecins employés par les conseils de comté sont rémunérés mensuellement d'après leur qualification et leur horaire. Ceux qui sont dans la pratique privée reçoivent des honoraires de leur patient, à moins d'une entente spéciale avec le conseil de comté. Même s'ils sont encore largement minoritaires, les médecins optent de plus en plus pour la pratique privée (Groulx, 1990). Les produits pharmaceutiques inscrits sur une liste nationale sont couverts par l'assurance-santé. Cependant, il existe un «ticket modérateur» pour les consultations médicales (10 dollars environ), les médicaments et les hospitalisations.

2. La critique du système de santé

Des critiques ont été adressées depuis quelques décennies au système de santé suédois. Celles-ci ont évolué : ces critiques sont passées des enjeux liés à la qualité des services, puis à l'accessibilité et, finalement, à des considérations économiques. Chacune de ces

préoccupations a suscité l'émergence de nouvelles approches pour corriger le système ou calmer l'opinion publique (Stryjan, 1994 : 309).

La qualité des services est un débat qui a prévalu à la fin des années 1970 et au début des années 1980. Il mettait en relief la contradiction entre l'éthique de la relation soignant-soigné et la rigidité du système bureaucratique. Ce débat a principalement concerné les institutions de soins psychiatriques et gériatriques (Stryjan, 1994 : 310).

Une crise de l'accessibilité aux services s'est manifestée par une hausse constante de la demande de services et ce, à la faveur d'une législation sociale de plus en plus généreuse. Dans ce contexte, les ressources ont été consacrées à l'amélioration des standards dans les services existant, plutôt que l'extension de la couverture de soins. Ainsi, des insatisfactions importantes se manifestaient à propos des services de garde qui ne réussissaient pas, au milieu des années 1980, à répondre à la demande croissante et atteindre les objectifs fixés (Groulx, 1990 : 47). Le parlement suédois a adopté, en 1985, une loi pour éliminer les listes d'attente en garderies, phénomène politiquement irritant pour les autorités. Cette législation obligeait les municipalités à offrir, à partir de 1991, des services de garde pour tous les enfants âgés d'un an et demi et plus. Concrètement, on estimait en 1985 qu'il fallait créer 55 000 nouvelles places. Or, en 1989, après avoir créé 45 000 nouvelles places, il en manquait toujours 70 000. Réticentes à autoriser des entrepreneurs privés à ouvrir des places de garderies, les autorités municipales ont accepté les coopératives de parents comme associations pouvant recevoir des subventions gouvernementales (Stryjan, 1994 : 311).

Les considérations économiques font partie du discours initié par la droite politique suédoise au début des années 1990, message apparemment intégré par la gauche, disant à peu près ceci : «La Suède ne peut plus se payer son secteur public» (Stryjan, 1994 : 312). La performance de la Suède en matière de services de santé (voir annexe 2) a une contrepartie : des coûts élevés que l'État n'a pas pu contenir centralement (Brunelle et Ouellet, 1989 : ii). Lionel-Henri Groulx (1990 : 60) ajoute:

Il y a ici mise en place d'une suite de paradoxes où le développement des services publics, engagés à partir des principes d'égalité et d'universalité, engendre par son développement une bureaucratisation et une segmentation des services qui entraînent une distorsion dans les principes initiaux et provoquent une augmentation des coûts, celle-ci commandant une gestion

de la pénurie qui amplifie les distorsions et l'insatisfaction en regard des services mis en place.

C'est en grande partie pourquoi l'État suédois a décentralisé plusieurs responsabilités en matière de services de santé au profit des municipalités et des conseils de comté. Or, la décentralisation n'a pas été une panacée. Les pouvoirs municipaux et les conseils de comté cherchent eux aussi des moyens pour que les citoyens aient plus d'influence dans le secteur public, qu'ils aient un pouvoir accru sur leurs conditions de vie, que la qualité des soins s'accroisse et qu'ils soient assurés de recevoir l'attention requise pour leur état de santé.

La recherche de solutions durables prend des directions multiples, entre autres celles de projets coopératifs réalisés dans plusieurs secteurs de la santé (Medical Co-op Committee of JCCU, 1992 : 105-111):

- une coopérative de services et de soins à domicile à Snopptorp, une zone résidentielle de Eskilstura, en marche depuis 1991;
- des hôpitaux et des soins infirmiers à domicile organisés par deux coopératives (Väderkvarnen et Framnäs) dans le comté de Stockholm;
- à Are, une coopérative offrant des services de réhabilitation pour les patients souffrant d'asthme, de douleurs chroniques et autres maladies;
- à Stockholm, plus précisément à Gotheburg et Jönköping, des coopératives mises sur pied par des personnes handicapées pour organiser et offrir des services qu'elles nécessitent.

Ces expériences ne sont pas toutes documentées. Malgré tout, nous sommes en mesure de présenter des coopératives de santé - ou dans le domaine de santé - qui fonctionnent actuellement en Suède.

3. Les coopératives de consommation

En Suède, les coopératives de consommateurs sont les plus nombreuses dans le secteur de la santé. D'autres formes émergent actuellement dans les écoles, les services aux personnes âgées et les services communautaires de voisinage. Elles se caractérisent par une grande dépendance envers les subventions de l'État, même si elles ont largement recours aux ressources bénévoles de la communauté. Ces coopératives constituent un moyen pour les consommateurs de maîtriser une situation quotidienne et de transiger avec l'appareil des services sociosanitaires (Stryjan, 1994).

Trois modèles d'émergence des coopératives de consommateurs peuvent être distingués (Medical Co-op Committee of JCCU, 1992 : 105-111):

- le premier modèle émerge de membres de «nouvelles» coopératives bien établies (les coopératives d'habitation, par exemple) qui prolongent des services existant touchant l'aménagement de leurs coopératives en les transformant en services et en soins à domicile (Medikoop, par exemple, décrit plus loin);
- le deuxième modèle provient aussi de membres de «nouvelles» coopératives qui mettent sur pied une coopérative dans un domaine distinct, comme les coopératives de parents (*parent coops*);
- le troisième modèle inclut toutes les «nouvelles» coopératives établies sans lien avec les «anciennes» (garderies coopératives et coopératives pour personnes handicapées, par exemple STIL présenté plus bas).

Dans la prochaine section consacrée aux coopératives de producteurs, nous aurons l'occasion d'identifier deux autres modèles d'émergence.

3.1 Les coopératives de parents

Les coopératives de consommateurs de services sociosanitaires sont largement représentées par les coopératives de parents (*parent co-operative kindergartens*). Il ne s'agit pas à proprement parler de coopératives de santé, mais leur émergence illustre les innovations institutionnelles dans l'État-providence suédois. Les coopératives de parents sont apparues pour combler des lacunes en matière d'accessibilité aux services de garde, comme nous l'avons dit précédemment. En 1987, on comptait déjà 125 coopératives de parents, la plupart subventionnées par l'État, même si ce mouvement de communautarisation était contesté par les syndicats qui s'opposent au report de services au secteur privé ou volontaire (Groulx, 1990 : 47). En 1992, 933 des 966 coopératives de consommation dans le domaine sociosanitaire étaient des coopératives de parents (Stryjan, 1994). Les coopératives de parents ont une bonne efficience, considérant leurs coûts très bas et la grande satisfaction des parents (Stryjan, 1994 : 312).

Ces organisations parentales embauchent du personnel ayant des compétences particulières que ne possèdent pas ou que ne peuvent pas offrir les membres, comme c'est le cas pour la plupart des coopératives de consommateurs. En ce qui concerne les coopératives de parents, il leur faut procéder de la sorte, puisqu'ils ne peuvent pas demeurer à la maison.

3.2 STIL

Un autre exemple de coopérative de consommateurs est STIL (Stockholm Association for Independent Living) établie en 1987. Les membres sont des personnes présentant des handicaps sérieux et nécessitant une assistance régulière. La coopérative offre un service d'assistance qui permet aux membres d'employer les personnes de leur choix, plutôt que de devenir dépendants d'un service étatique inflexible. Les assistants sont recrutés sur une base temporaire, généralement quelques heures par mois. Les membres veulent éviter la dépendance envers une personne et chacun gère le travail de son assistant, ce qui lui donne le statut symbolique d'employeur et non de client. En novembre 1992, STIL avait 85 membres et il dépasse actuellement la centaine dans la grande région métropolitaine de Stockholm. On compte environ 400 assistants embauchés sur une base temporaire (Stryjan, 1994).

Il faut noter ici qu'il existe une pénurie de main-d'oeuvre dans le secteur des soins et de l'aide aux personnes, handicapées ou âgées, à cause du manque d'attrait de ces emplois et des transformations des systèmes domestiques d'aide, engendrées par l'entrée massive des femmes sur le marché du travail (Groulx, 1990 : 50). Il semble que le processus de bureaucratisation a engendré une taylorisation des soins, puis une déqualification de certaines tâches telles l'aide ménagère auprès des personnes âgées, et leur faible rémunération (Groulx, 1990 : 63).

3.3 Medikoop

Medikoop est une coopérative de consommateurs mise sur pied par l'Institut suédois des coopératives, les coopératives d'habitation HSB et Folksam. Même si elle en est à ses débuts, on sait que le modèle Medikoop sera une entité indépendante qui planifiera ses propres opérations. Medikoop concentrera ses efforts dans trois domaines:

- les services médicaux courants dans une zone géographique circonscrite, en collaboration avec les municipalités et les conseils de comté;
- la coordination des services auprès de populations spécifiques : les personnes âgées, les écoliers et les employés des industries et des commerces;
- la prévention de la santé des membres.

Medikoop ne vise pas à remplacer le secteur public de la santé, mais veut plutôt être une alternative au secteur privé.

4. Les coopératives de travail

Les coopératives de travail (*personnel co-operatives*) sont relativement peu nombreuses (87 coopératives de travailleurs dans le domaine sociosanitaire en 1992). Pour les autorités, la création de coopératives de travail permet une transition en douceur vers un nouveau système sociosanitaire. Cette mesure permet d'éviter des coûts considérables de négociation et de contrat avec des nouveaux acteurs. Pour le personnel fatigué des réorganisations et des coupures, et menacé de congédiement, il s'agit d'une façon d'accroître son contrôle sur la situation de travail et d'éviter à chercher de l'emploi dans un marché déprimé. Aussi, les producteurs de services désirent donner une nouvelle signification à leur travail, exercer une influence sur la livraison des services et garder le contact avec le public. Plusieurs employés de la santé perçoivent la coopérative comme un moyen de se développer personnellement et professionnellement (Stryjan, 1994 : 313).

Les coopératives de travail sont donc essentiellement des reprises. Elles ont été créées à partir de 1991, année où la droite a pris le pouvoir. On distingue deux modèles d'émergence:

- le premier modèle provient de la seule initiative des producteurs de services qui vendent des services ou des biens aux usagers;
- le deuxième modèle, peut-être le plus développé en Suède, résulte d'un partenariat entre les consommateurs, les producteurs et une tierce partie (municipalité, conseil de comté ou autre partenaire) (Medical Co-op Committee of JCCU, 1992 : 105-111).

5. Les défis pour le mouvement coopératif suédois

Pour Stryjan (1994), les changements actuels dans l'État suédois constituent une transformation institutionnelle, parallèle à la mise sur pied de nouvelles organisations. Théoriquement, la transformation institutionnelle peut être analysée selon des perspectives écologique, politique et économique.

La perspective écologique se préoccupe de l'équilibre entre les populations et les organisations. La composition de la population risque d'avoir des effets importants sur les organisations, à cause des phénomènes d'attrition, de la multiplication incontrôlée des organisations coopératives ou associatives, et la vulnérabilité des coopératives étant donné leurs limites en matière de diversification. Le premier défi pour les coopératives consiste

donc à croître en nombre de telle manière qu'elles soient suffisamment nombreuses pour répondre aux besoins qui évoluent sans cesse, sans que leur nombre ne devienne excédentaire.

La perspective politique s'intéresse au pouvoir, au risque et à la responsabilité. On pourrait assister à la remise de la responsabilité de la qualité et de l'éthique des services vers le niveau local, même si le pouvoir est conservé au niveau central. Dans le cas des coopératives de travail, les rôles combinés d'employés et responsables provoquent une situation potentiellement problématique pour les membres. En définitive, le deuxième défi à relever est d'offrir des services tout en évitant d'assumer les responsabilités de l'État en matière de bien-être.

La perspective économique montre que les marchés des coopératives se retrouvent dans un espace exclusivement occupé par les consommateurs locaux. Elle peuvent difficilement changer de marché et elles n'ont pas nécessairement la prérogative de définir les conditions du contrat, deux situations qui constituent un handicap stratégique majeur. Le troisième défi touche donc leur capacité de se diversifier et de s'adapter à l'évolution des besoins.

ESPAGNE

Située dans la péninsule ibérique en Europe, l'Espagne s'étend sur un territoire de 504 782 kilomètres carrés et compte une population de près de 40 millions d'habitants. Sur le plan administratif, le pays se divise en 17 régions autonomes.

L'histoire de l'Espagne, c'est celle de l'influence, de l'occupation par de nombreuses puissances étrangères et c'est aussi celle d'un empire qui a été à l'avant-scène de la colonisation par les Blancs de l'Amérique Centrale et l'Amérique du Sud. Après avoir connu les affres de la guerre civile au milieu des années 1930, l'Espagne a vécu par la suite la dictature du régime de Franco jusqu'à la mort du général en 1975. Cette période se caractérise par un repliement du pays, une isolation à l'égard des autres pays européens et un régime catholique autoritaire et corporatif. L'arrivée d'un gouvernement civil, l'ouverture du pays au monde illustrée notamment par son adhésion à la Communauté économique européenne en 1986 et la tenue d'évènements d'envergure internationale en 1992 - Exposition universelle de Séville et Jeux olympiques d'été tenus à Barcelone - ont contribué à sortir le pays de ses années de noirceur. Cependant le pays a eu à composer avec de fortes tensions autonomistes de ses différentes régions, parfois avec violence, ce qui a conduit à une décentralisation importante des pouvoirs, dont, non la moindre des mesures, une remise de 15% des impôts sur le revenu aux nouveaux pouvoirs régionaux.

Par ailleurs, pour diverses raisons, dont une politique axée sur la lutte à l'inflation et un ajustement tardif des entreprises espagnoles à des règles de productivité et de compétitivité que l'on retrouve chez les concurrents européens, le pays accuse un taux de chômage parmi les plus élevés de l'Europe, soit en 1993, de 23,4% . À l'instar de plusieurs autres pays ayant à vivre avec une dette qui obère de plus en plus l'état des finances publiques, le gouvernement s'est engagé depuis quelques temps dans une série de mesures de restrictions budgétaires.

Aujourd'hui, l'Espagne peut se targuer d'avoir rejoint, voire dépasser plusieurs autres pays dits développés sur le plan de nombreux indicateurs sociodémographiques, pensons ici à l'espérance de vie ou au taux de mortalité infantine; dans ce dernier cas, le taux se situait en 1990 à 8 pour 1 000, contre 10 pour 1 000 en Italie et 12 pour 1 000 au Portugal (L'État du Monde 1995 : 488-489).

1. Le système de santé espagnol

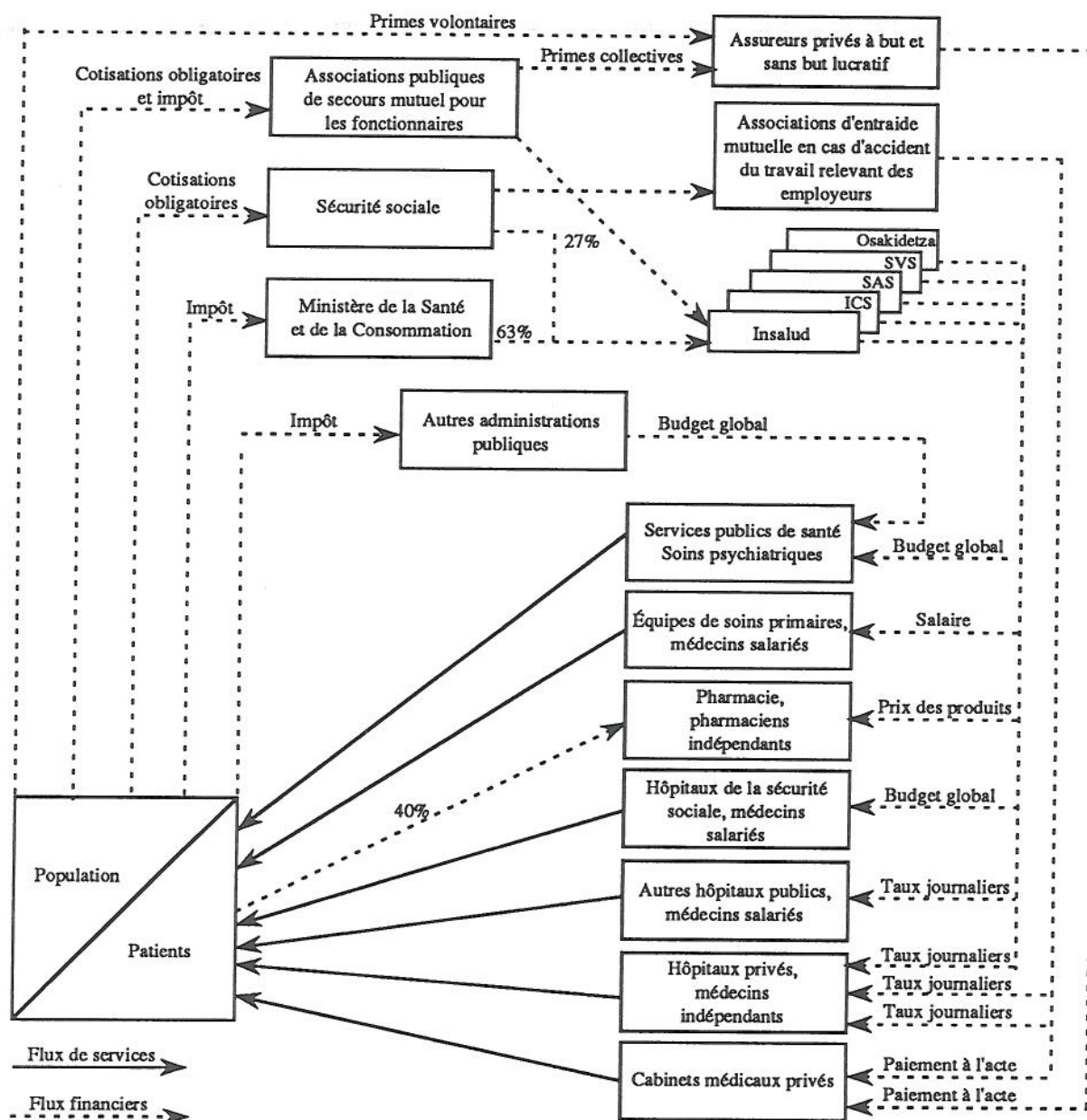
À l'image des changements survenus dans la majorité des sphères d'activités de la société suite à la mort du «caudillo» en 1975, le secteur de la santé a connu des modifications en profondeur. Amorcée principalement au début des années 1980, plus précisément en 1982, suite à l'arrivée au pouvoir du PSOE (parti socialiste), cette réforme du système de santé en Espagne a poursuivi plusieurs objectifs, dont:

- l'imposition d'un régime d'assurance-maladie à la quasi-totalité de la population;
- une meilleure planification et intégration des soins primaires et des soins hospitaliers;
- le recours de plus en plus significatif du financement par l'impôt et le transfert progressif de la gestion des soins de santé aux régions autonomes (OCDE, 1992 : 111).

Jusqu'alors principal pivot de la gestion et du contrôle des soins de santé en Espagne, l'Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) qui relève du ministère de la Santé a débuté, en 1986 dans le cadre de la décentralisation, le transfert de ses responsabilités de gestion des institutions de santé aux régions autonomes. Un conseil interterritorial a alors été mis en place pour «coordonner les politiques et les plans entre les régions devenues autonomes et les régions demeurant sous l'autorité centralisée de l'INSALUD» (OCDE, 1992 : 116). Le schéma de la page suivante présente les principaux flux de services et financiers dans le domaine de la santé en Espagne pour que le système mis en place réponde aux nouvelles attentes.

Le système se finance à 63% par les impôts versés au ministère de la Santé et à d'autres administrations publiques. Dans une proportion moindre, soit plus ou moins 27%, il y a un financement par cotisations de sécurité sociale assumé à hauteur de 75 % par les employeurs et 25 % par les employés (Roemer, 1991 : 216). Une partie de ce financement peut également être destiné à des associations d'entraide mutuelle en cas d'accident du travail. Dans ce cas, on propose des couvertures de soins et de consultation offerts par des hôpitaux privés, des médecins indépendants ou des cabinets médicaux privés. Les employés de l'État doivent verser une cotisation et leur impôt à des associations publiques de secours mutuel. S'ils le souhaitent, ils peuvent également souscrire des primes à des régimes d'assurances privés pour des couvertures non offertes par le régime public. Le réseau d'assurance privée est également accessible à tous les citoyens pouvant en assumer les coûts.

Principaux flux de services et flux financiers dans le système de santé de l'Espagne après la réforme



Source : OCDE, 1992 : 118.

La prestation des soins de santé relève d'un réseau public et privé. Les institutions publiques, que ce soit sous forme d'hôpitaux ou de centres de santé, sont financées par des budgets globaux alloués par l'INSALUD ou ses répondants régionaux. Les médecins travaillant pour ces institutions sont salariés et ils peuvent bénéficier depuis 1987 d'un régime de prime à la productivité destiné à les garder en emploi à temps plein au sein du système public. Une part du financement des institutions privées provient de taux journaliers accordés par l'INSALUD ou ses mandants, et l'autre partie provient sous forme de taux journalier ou de paiement à l'acte des assureurs privés ou des associations d'entraide. Depuis 1991, sur le plan des prescriptions de médicaments, des mesures sont mises en application dans le but de rendre ce marché plus concurrentiel, comme par exemple l'alignement sur des coûts plafonds. Sauf quelques exceptions, le patient doit assumer 40% de la note des prescriptions.

En 1992, avec l'objectif avoué de rendre les hôpitaux plus responsables, leur statut a été modifié et ils sont devenus des corporations quasi-publiques. Cette démarche s'inscrit dans la stratégie gouvernementale de convergence européenne (OCDE, 1992 : 117).

Nonobstant les résultats fort encourageants sur le plan des données sociosanitaires de la population espagnole, le système de santé est néanmoins l'objet de plusieurs critiques qui s'apparentent à des remarques formulées dans d'autres pays, dont le rapport coût/efficacité du système. Dans ces circonstances, le parlement a mis sur pied en 1990 une Commission pour l'analyse et l'évaluation du système de santé. Dans son rapport publié l'année suivante, on y fait état entre autres «du manque de prise de conscience des coûts chez les usagers, de l'insuffisance de choix pour les patients dans le secteur public et de lacunes en matière d'efficacité chez les prestataires résultant en partie du manque d'incitations» (OCDE, 1992 : 119). Une série de mesures radicales ont alors été proposées pour corriger le tir : par exemple, l'élargissement du ticket modérateur concernant les prescriptions; une redéfinition du panier d'actes couverts versus les actes nécessitant un déboursé individuel; l'accroissement des cotisations de sécurité sociale; et une amélioration de la gestion des hôpitaux publics.

Ce rapport a été jugé incomplet à plusieurs égards, car il ne mettrait pas en évidence «la faiblesse de l'organisation, de l'administration et de la gestion du système national de santé» (OCDE, 1992:119). L'État a reporté l'application de plusieurs recommandations jugées trop explosives, des critiques associant ces mesures au modèle anglais des années Thatcher.

2. Les coopératives dans le domaine de la santé

On recense en Espagne trois grands types de coopératives actives dans le domaine de la santé:

- les coopératives dans le domaine de l'assurance des soins de santé. Dans le schéma de la page précédente sur les flux de services et financiers, ces coopératives sont incluses dans le groupe des «associations d'entraide mutuelle en cas d'accident du travail»;
- le deuxième groupe de coopératives est constitué de coopératives de travail que se donnent des professionnels de la santé. Ces entreprises oeuvrent dans le réseau des institutions privées dans le domaine de la santé;
- enfin, dans le troisième groupe, on retrouve ce que l'on pourrait appeler des complexes coopératifs de soins de santé. Pour l'essentiel, il s'agit d'un regroupement au sein d'une coopérative de second niveau, d'une coopérative d'assurances de soins de santé, d'une coopérative d'usagers de la coopérative d'assurances et d'une coopérative regroupant la famille des médecins associés à la première coopérative.

Nous présentons maintenant quelques exemples représentant ces trois types de coopératives.

2.1 Lagun-Aro : Entidad de Prevision Voluntaria

L'histoire de cette coopérative qui assure une multiple couverture en matière de santé, de maladie, d'emploi et de pension des membres travailleurs de coopératives est intimement liée à celle de l'évolution de l'expérience coopérative de Mondragon, dans le pays Basque espagnol. Modèle unique de prise en charge par des travailleurs de couvertures de protections sociales généralement assumées par l'État, il est fort instructif d'en comprendre les fondements et l'évolution. L'information qui suit est tirée principalement d'un ouvrage sur l'expérience de Mondragon écrit par un des fondateurs de la première coopérative (Ormaechea, 1993), puis de divers documents sur l'organisation recueillis lors d'un séjour fait à Mondragon en 1994.

En 1958, prétextant la nature d'entrepreneurs individuels des membres de coopératives de travail, le gouvernement espagnol décide de les exclure du système général d'assurance sociale en vigueur dans ce pays. Démarrées depuis à peine quelques années, les coopératives de travail de Mondragon se concertent et décident d'ouvrir au sein de la toute nouvelle caisse populaire des travailleurs «Caja Laboral Popular» - mise sur pied à titre de

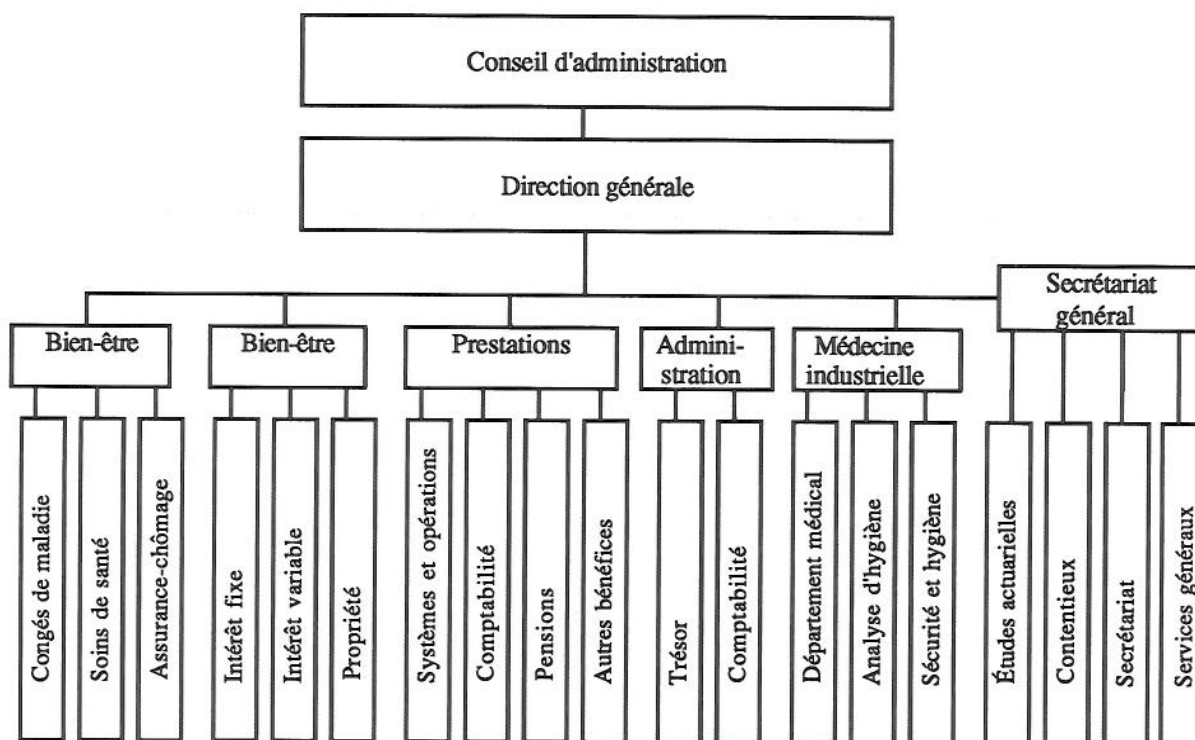
levier financier soutenant l'expansion des coopératives de travail de cette région - un service de sécurité sociale dit «Lagun-Aro» qui devra suppléer au retrait de l'État. Dans les années qui suivent, on mettra au point deux grands programmes d'assurance pour les travailleurs : un programme pour des couvertures temporaires (santé, maladie et travail) et un programme de pensions. Au fil des années, suivant les résultats d'opérations et les discussions tenues dans le cadre des assemblées générales de la caisse, ces programmes sont bonifiés. Le service se détache de la Caisse en 1973 pour devenir une corporation autonome qui a alors un statut légal enregistré sous une loi nationale et à partir de 1979, sous juridiction d'une loi du gouvernement régional du pays Basque. Dans sa volonté d'étendre à l'ensemble de la population espagnole différentes couvertures sociales, le gouvernement central ouvre en 1985 le programme d'assurance-vieillesse aux membres de coopératives de travail. Cette décision n'a pas été sans provoquer des grincements de dents au sein des coopératives de Mondragon, plusieurs trouvant leur système de loin plus efficace et moins coûteux que le lourd système étatique. Une formule de compromis a néanmoins été trouvée entre la couverture étatique et le système «Lagun-Aro».

Les deux programmes de base sont toujours présents à Lagun-Aro. En date du 31 décembre 1993, 19 005 membres provenant de 125 coopératives y adhéraient (MCC Annual Report 1993 : 12). Le programme couvre les différents aspects de santé des coopérateurs et coopératrices. S'appuyant sur le principe de différents niveaux de responsabilités - des membres à l'égard de leur coopérative, des coopératives vis-à-vis des communautés de travail et de ces communautés à Lagun-Aro - le programme d'assurance dit *prorata* est basé sur un système de contribution salarié/employeur. Sans entrer dans les détails du système, précisons qu'une contribution est toujours requise de la part du bénéficiaire et que des dispositions sont prévues pour le cas où une personne ne pourrait temporairement rencontrer ses obligations de contribution minimale. Par ailleurs, selon les résultats annuels, ce programme peut voir le coût des primes augmenter ou diminuer. Pour l'année 1993, les statistiques se présentent comme suit:

- montant des primes recueilli : 82 millions de dollars américains;
- primes d'aide à l'emploi versées : 39 millions de dollars américains
- primes de congé de maladie : 20 millions de dollars américains;
- primes de soins de santé : 17 millions de dollars américains.

(MCC Annual Report 1993, 1994:12).

Organigramme de Lagun-Aro



Source : Ormaechea, 1993.

En prolongement de ce programme d'assurance, Lagun-Aro propose depuis quelques années aux coopératives et à leurs membres les services d'un département de santé au travail, «Servicio de Salud Laboral» qui vise, comme son nom l'indique, à améliorer les conditions de vie au travail. Pour l'année 1993, on a effectué près de 18 000 analyses et effectué 485 examens médicaux auprès de nouveaux membres potentiels de Lagun-Aro. Au 31 décembre 1993, Lagun-Aro avait un actif de 1,4 milliards de dollars en augmentation de 16,1% par rapport à 1992. Depuis peu, en association avec des intérêts privés, Lagun-Aro s'est engagée dans le développement de mégacentres commerciaux en Espagne, au Portugal et éventuellement dans le sud de la France. On poursuit l'objectif d'en développer ainsi une dizaine d'ici 1998.

Dans un contexte de crise des finances publiques, le modèle de sécurité sociale mis au point à Mondragon fait l'envie de plusieurs. Devant des résultats fort éloquentes, tant en terme de coûts, d'efficacité que de responsabilité, des délégations de nombreux pays dont la Belgique et l'Irlande ont eu des missions d'études pour mieux en comprendre le fonctionnement. Pourtant, tel qu'indiqué précédemment, l'État espagnol a imposé, en

1985, du moins pour une partie des couvertures, un programme étatique dont l'efficacité a été plus d'une fois questionnée, alors que tout indique que les coopératives avaient répondu à leurs besoins, à meilleurs coûts et pour une meilleure qualité.

2.2 La coopérative de travail CES Clinicas

Située à Madrid, cette coopérative a été fondée en 1980 par un groupe de spécialistes en odontologie et résulte d'une transformation d'une entreprise privée en coopérative de travail. L'information qui suit est tirée d'un rapport présenté au colloque de Tokyo et d'une brochure promotionnelle de la coopérative (IHMCF, 1993:112-119 et *Management efficiency. Service quality CES Clinicas*, sans date : 8).

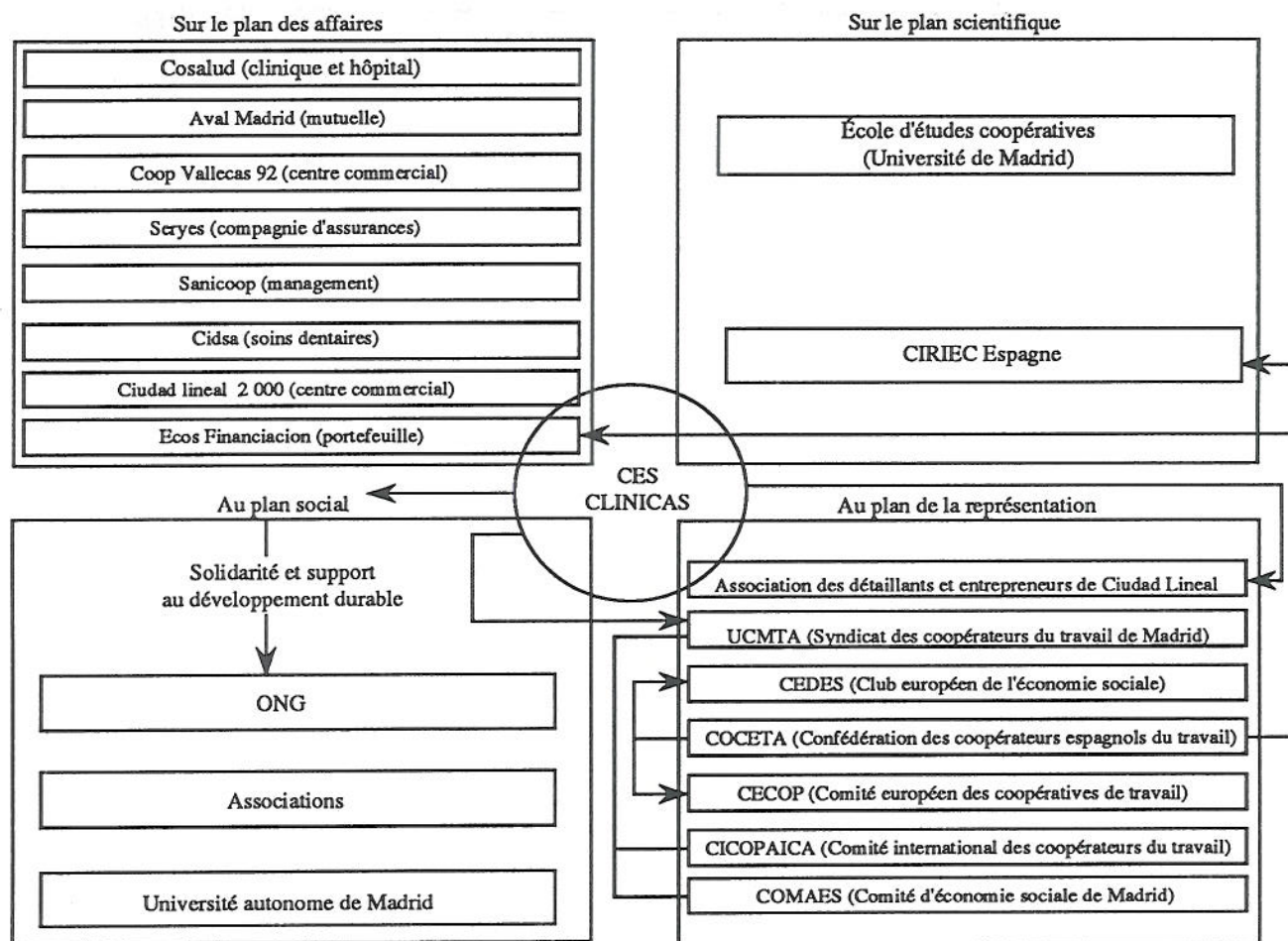
Au départ, cette coopérative s'est donnée trois grands objectifs :

- modifier un style traditionnel de management en un modèle dit alternatif, où la prise de décision reflète la multipropriété de l'entreprise;
- se distinguer du modèle public d'entreprise dans le domaine de la santé reconnu comme inefficace et surchargé;
- étendre à la population des services non couverts par l'État, ou offerts dans d'autres centres de soins de santé à des coûts trop élevés ou avec un niveau de qualité douteux.

Partant de ces objectifs, la coopérative a débuté ses opérations en ouvrant des cliniques dans des milieux populaires de la capitale espagnole. La coopérative semble également avoir tiré avantage de l'augmentation de la demande résultant du cycle économique d'expansion dans lequel s'est engagé le pays à partir de 1985.

Aujourd'hui, la coopérative compte à son emploi plus d'une centaine de professionnels dont la grande majorité sont membres. Des efforts importants sont investis sur le plan de la formation du personnel, ce qui permet à la coopérative d'avoir une offre de services concurrentiels et ce, tant en termes de qualité que de coûts. En ce qui a trait à la relation avec les clients, la coopérative insiste sur la grande préoccupation qu'elle a à l'égard du respect de ces besoins, et sa volonté de transcender une approche strictement corporative. En ce sens, la coopérative joue un rôle actif au sein du Conseil d'arbitrage de la consommation, institution publique mise sur pied par les autorités locales de Madrid en vue de défendre les droits fondamentaux des consommateurs.

Relations de la coopérative CES Clinicas



Source : CES Clinicas.

Sur le plan des affaires, la coopérative a des actifs dans des centres commerciaux et des compagnies d'assurances. Comme d'autres entreprises ayant un statut juridique similaire et exerçant dans le même domaine, CES Clinicas est aussi membre d'une coopérative de second niveau, sanicoop, qui vise à mettre en commun le potentiel managérial de ces entreprises en vue d'améliorer leur efficacité et participer à des projets de développement. Sur le plan social, la coopérative soutient des initiatives de développement durable et elle est impliquée dans des projets de coopération internationale avec des ONG, notamment

dans un projet de santé et d'éducation auprès d'enfants du Nicaragua. Sur le plan scientifique, la coopérative est associée à l'École d'études coopératives de l'Université de Madrid et au CIRIEC Espagne. Au plan de la représentation, cette coopérative participe aux activités de plusieurs organismes de regroupement, certains dans le domaine coopératif, d'autres de type entrepreneurial.

2.3 Le complexe coopératif de soins de santé (Barcelone)

Ce cas a été présenté au colloque de Tokyo en 1992. La Fondation Espriú en Espagne fait la promotion de ce concept depuis quelques années (Espriú, 1995). Située à Barcelone, cette coopérative rejoint plus d'un million de personnes. Il s'agit du regroupement de trois coopératives au sein d'une coopérative de second degré qui assume la coordination d'ensemble. Tout en respectant la liberté de choix des individus, ce modèle vise à concilier les intérêts et les aspirations des médecins, des différentes catégories du personnel médical et des consommateurs. La coopérative vise aussi à alléger la lourdeur bureaucratique, l'encombrement des services de santé et la déshumanisation des rapports entre les différents acteurs du système. De cette manière, trois coopératives s'associent en une coopérative de second niveau:

- une coopérative d'assurances de soins de santé : cette coopérative regroupe des médecins et utilise les surplus d'opérations, non pas pour encaisser des profits, mais pour améliorer les services ou le programme d'assurance sociale des médecins et de leur famille. Cette coopérative propose des soins dans l'optique de respecter le libre choix d'un médecin par l'utilisateur, reconnaître le statut d'entrepreneur et non de salarié du médecin, et baser la tarification à l'acte;
- une coopérative d'utilisateurs : à partir des besoins et des attentes des utilisateurs qui adhèrent à la coopérative d'assurances, cette coopérative canalise ses efforts pour influencer la gestion du système de soins de santé. Ainsi, pour pallier à une carence de lits d'hôpitaux à Barcelone, la coopérative d'utilisateurs gère maintenant un hôpital avec 367 lits;
- une coopérative de membres de familles des médecins : ce projet de coopérative qui, par sa création, permet de rencontrer l'obligation de la loi catalane des coopératives d'avoir un minimum de trois coopératives pour créer une coopérative de second niveau, vise à associer plus étroitement la famille des médecins au processus de gestion du système de santé coopératif (IHMCF, 1993 : 120-123).

INDE

Deuxième pays au monde en ce qui a trait à la population, avec un peu plus de 913 millions d'habitants en 1994 et l'atteinte prévue du milliard d'ici l'an 2000 (*L'État du monde 1995 : 94*), l'Inde est située au milieu du continent asiatique et s'étend sur quelques 3 287 590 kilomètres carrés. Sur le plan administratif, le pays est divisé en 25 États, six territoires et 408 districts. Compte tenu de ses dimensions géographiques, de l'importance et la diversité de sa population, ce pays est fréquemment qualifié de sous-continent. Au cours de sa riche histoire de plus de 5 000 ans, l'Inde a été marquée par l'influence de nombreux courants religieux, dont l'hindouisme, l'islamisme et le bouddhisme. La présence européenne débute au tournant du XVI^e siècle pour s'affirmer par une tutelle complète exercée par les Britanniques à partir de 1830. Un puissant mouvement d'indépendance nationale va se développer au lendemain de la Première Guerre mondiale pour connaître, en 1947 sous l'inspiration du Mahatma Ghandi, le retrait de l'autorité anglaise et la reconnaissance de la souveraineté indienne. Puisant à la fois du modèle soviétique de planification centrale pour un certain nombre d'activités tout en permettant l'expansion d'un entrepreneuriat individuel, notamment en matière de commerce, l'État indien n'a cependant pas réussi à atténuer significativement les écarts extrêmes de richesse, pas plus du reste que de contenir l'état de pauvreté rampante qui caractérise toujours ce pays. Comme le suggère les données démographiques, même en consentant des efforts significatifs en matière de contrôle des naissances, l'Inde n'a pas vraiment réussi à contrôler la croissance de sa population, à l'opposé de la situation prévalant en Chine, ce qui ne va pas sans exacerber les inégalités sociales. Le PNB par habitant s'établissait en 1992 à 310 dollars américains (*L'État du monde, 1995 : 95*). Quoique moins présent aujourd'hui dans la société indienne que ce ne l'était durant des centaines d'années, le système de castes - ségrégation basée sur des considérations occupationnelles, biologiques et sociales - n'est pas étranger à la survivance d'inégalités criantes.

Le pays doit composer avec des forces centrifuges, expression de mouvements sécessionnistes dans diverses parties du pays. D'un point de vue économique, à la demande de ses bailleurs de fonds internationaux et à l'instar de nombreux autres pays, l'État indien doit privilégier une orientation de désengagement dans de multiples programmes et diminuer substantiellement la taille de sa fonction publique et parapublique. Les données sociosanitaires les plus récentes laissent voir une amélioration générale de la situation de la population indienne, quoique d'importantes lacunes subsistent. Ainsi,

l'espérance de vie est passée de 47,3 ans en 1970, à 60,4 ans en 1990. Pour la même période, le taux de mortalité infantile a chuté de 140 pour 1 000, à 96 pour 1 000 (*L'État du monde 1995* : 94). Nonobstant ces résultats, l'OMS évaluait en 1984 qu'à peine 6% de la population indienne pouvait acheter des produits pharmaceutiques modernes. Sur le plan de la fécondité, la batterie de mesures de planning familial a à peine réussi à contenir la forte poussée démographique qui pèse sur le pays, l'indice synthétique de fécondité se situant en 1990 à 3,8 (*L'État du Monde 1995* : 94). Phénomène particulier, un des États les plus pauvres du pays, le Kérala situé dans le sud, présente un bilan sociosanitaire exemplaire, que l'on parle de taux de mortalité infantile - 41 pour 1 000 contre 124 pour 1 000 pour l'Inde rurale - de ressources médicales - moyenne de 54 médecins par 100 000 habitants, contre 41 pour 100 000 pour le pays - et du ratio de lits - 1,19 pour 1 000 habitants comparativement à 0,6 pour 1 000 à l'échelle de l'Inde (Roemer, 1991 : 539). La convergence de raisons historiques et politiques, dont la présence de gouvernements socialistes semble avoir joué un rôle prépondérant dans l'implantation et le développement de multiples programmes tant en matière de santé que d'éducation pour obtenir de tels résultats (Roemer, 1991 : 540).

1. Le système de santé indien

Le système de santé se veut à l'image de ce vaste territoire et de cette nombreuse population. De type pyramidal, le système de santé se découpe à plusieurs niveaux d'interventions et de responsabilités, soit à l'échelle fédérale, celle des États et territoires, celle des districts et finalement de 5 011 unités de développement incluant 3 301 villes et 576 000 villages. On évaluait au début des années 1980 qu'à peine 3% du PNB était consacré aux dépenses de santé. La faible participation des pouvoirs publics aux dépenses en matière de santé est une donnée essentielle à la compréhension du contexte sociosanitaire indien. Dans une étude publiée en 1984 par la Banque mondiale, on apprenait que dans les années 1970, à peine 16% des dépenses totales étaient de source étatique, et que 84% provenaient de sources privées (Roemer, 1991 : 535). De l'ensemble des dépenses publiques en matière de santé effectuées au cours de la période 1975 à 1980, près de 45% fut consacré à l'approvisionnement en eau et à la salubrité publique, 22% alloué à des activités de planning familial et 19% à des services de santé proprement dits. À la lumière du développement ultérieur des programmes publics, on peut penser que le poids des dépenses publiques en matière de santé a augmenté légèrement mais le marché privé reste fort important. Héritées de civilisations millénaires, différentes pratiques médicales dites traditionnelles, dont la plus connue est l'Ayurvedic - exercée également au Sri Lanka et en

Malaisie comme nous le verrons - cohabitent avec la médecine scientifique d'inspiration occidentale. Il en va de même sur le plan de la médication.

Au palier fédéral, on retrouve le ministère de la Santé et du Bien-être familial qui a un rôle relativement modeste, comparativement à la situation existant dans d'autres pays. En plus d'être responsable de la formulation de la politique nationale de santé, de la commande ou de la publication de diverses études sociosanitaires, de la gestion de centres de recherche et de formation, et de la réglementation des professions médicales et des divers produits pharmaceutiques, ce ministère assume la coordination de la santé dans les divers États et territoires. Les seules activités menées directement dans le domaine de la santé par le ministère fédéral concerne la planification des naissances. Près de 66% du financement du ministère de la Santé et du Bien-être familial provient des États alors que le gouvernement central comble la portion restante. Sous l'autorité du responsable de la santé publique - désigné par le ministère de la Santé et du Bien-être familial - c'est dans les 408 districts que se coordonne l'intervention terrain en matière de santé. On y retrouve, par ordre d'importance des ressources, les hôpitaux, les centres de santé de première ligne et des sous-centres. Le ministère fédéral de l'Emploi supervise les programmes de sécurité sociale tout en s'occupant de santé et sécurité au travail quoique - les témoignages accablants le prouvent (travail des enfants, absence de conditions d'hygiène élémentaire, etc.) - avec des résultats mitigés. Le ministère de la Défense est doté de son propre réseau de soins de santé, fort bien développé et, pour une bonne part, hérité des Britanniques. Plusieurs autres ministères sont concernés à divers niveaux par la question de la santé. Par exemple, l'implantation de systèmes d'approvisionnement en eau dans les villages relève tant du ministère du Travail et de l'Habitation, que du ministère de l'Agriculture.

Tel que mentionné plus haut, le financement du système de santé indien repose pour une grande partie sur des sources privées, dont deux importants régimes d'assurance, la coopération internationale et des fondations privées. Les deux régimes d'assurance font appel à un financement conjoint employeur/employés. Premièrement, The Employees State Insurance Corporation (ESIC) offre depuis 1948 une couverture médicale complète à des travailleurs à faibles revenus oeuvrant dans des entreprises de 20 employés et plus qui opèrent avec l'énergie électrique. Près de 28 millions de personnes, incluant ces travailleurs et leur famille, sont couvertes par ce système qui a son propre réseau d'institutions de santé et son personnel médical. Des ententes sont aussi signées avec des institutions publiques ou privées de santé pour l'utilisation de ces services. Deuxièmement, The Central Government Health Insurance Scheme (CGHIS) s'adresse

aux employés de l'État fédéral et à leur famille, soit 3,3 millions de personnes et à l'exemple du système ESIC, opère son propre réseau d'institutions et a des ententes avec les réseaux publics et privés. Il est à noter que 28% des centres gérés par le CGHIS pratiquent des médecines traditionnelles de type Ayurvedic et autres.

Des centaines d'organismes issus du soutien de la coopération internationale, parfois en lien étroit avec des congrégations religieuses, opèrent dans divers endroits du pays des petits hôpitaux et des cliniques. Les activités de planning familial mobilisent plusieurs de ces ressources. Un récent relevé des Nations Unies faisait état de la présence de 16 ONG internationales majeures. On note aussi l'intense activité de sociétés nationales sans but lucratif de type Croix-Rouge ou Conseil pour le bien-être des enfants, souvent financées par des fondations privées ou des philanthropes.

Sur le plan des effectifs, l'Inde comptait, en 1987, 7 800 hôpitaux fournissant la grande part des quelque 550 000 lits du pays, dont 70% dans le réseau du ministère fédéral de la Santé, 4 % dans des institutions relevant d'autorités municipales et le reste, soit 26%, dans des institutions privées ou de type ONG. À une échelle plus décentralisée et permettant de rejoindre 30% de la population indienne, on dénombrait 8 000 centres de santé de première ligne, dont 1 250 de ces centres s'étant transformés en centre communautaire, ce qui leur permet d'offrir des services plus élaborés et disposer de lits permanents, parfois jusqu'à 30. Enfin, opérant avec les différentes catégories de personnel de soutien médical - auxiliaires, travailleurs bénévoles, guides de santé et sages-femmes - 103 000 sous-centres de santé rejoignent 60% de la population. Dans les grandes villes indiennes, il existe aussi un réseau d'institutions privées s'adressant aux familles fortunées. Ces institutions sont dotées d'équipements médicaux modernes et ont à leur emploi du personnel qualifié, ce qui permet d'offrir une gamme de services inaccessibles pour l'indien moyen.

Sur les quelque 330 000 médecins formés à la médecine moderne, on évaluait, en 1987, que plus de 60% du temps était consacré à la pratique privée. En outre, on estime que durant la période de 1947 à 1979, le pays a perdu quelque 13% de ses médecins au bénéfice des États-Unis et de la Grande-Bretagne. De strictes mesures de rétention des ressources ont été adoptées et depuis, elles ont permis de freiner l'exode. Les 125 instituts de formation permettent une diplomation annuelle de 10 000 finissants. Le travail des médecins se complète par l'action de 207 000 infirmières, 185 000 sages-femmes, 108 000 auxiliaires de santé, 160 000 travailleurs bénévoles et 387 000 personnes ayant une formation sommaire en prévention de la santé. De 1974 à 1987, 560 000 assistantes

en naissance traditionnelle dites *dais* ont reçu une formation élémentaire sur des procédures hygiéniques. Le pays souffre d'une carence majeure sur le plan des services dentaires, à peine 10 000 dentistes pratiquant en Inde en 1987 (Roemer, 1991 : 533).

La situation de la population indienne s'est incontestablement améliorée au fil des ans, tout comme les effectifs, mais il persiste de graves problèmes. Si des investissements significatifs ont été consentis en matière d'approvisionnement en eau, plus de la moitié des 560 000 villages sont encore confrontés à des problèmes d'approvisionnement et de qualité d'eau. On observe aussi des niveaux fort inégaux de présence de services. Par exemple, le secteur de la ville de Bombay compte 58 médecins par 100 000 habitants alors que l'État de l'Uttar Pradesh a à peine six médecins par 100 000 habitants.

2. Les coopératives de santé

Des coopératives de santé appartenant à divers groupes d'acteurs - individus, personnel, État, autres coopératives - existent en Inde depuis le milieu des années 1960. Concentrées dans les États de l'ouest et du sud du pays, ces coopératives sont les plus nombreuses dans l'État du Kérala, localisé dans la partie sud-ouest de l'Inde. Les 87 coopératives recensées en 1995 comptaient 25 hôpitaux et 61 cliniques, dont huit hôpitaux spécialisés dans les médecines traditionnelles (Ogino, 1995). En vue de mieux comprendre la dynamique et les caractéristiques des coopératives indiennes de santé, le bureau régional de l'ACI pour l'Asie qui est localisé dans la capitale indienne, New Delhi, a effectué une enquête auprès d'elles en 1993. Un total de 19 coopératives ont alors répondu à un questionnaire touchant leur fonctionnement, leurs ressources, les perspectives de développement et les principaux problèmes qu'elles rencontrent. Le tout a fait l'objet d'un rapport lors du premier congrès des coopératives de santé de l'Asie tenu à Colombo au Sri Lanka en 1994 (MCCJCCU, 1994 : 125-138). La synthèse que nous allons présenter sera complétée par des informations portant sur une coopérative située dans un autre milieu, la coopérative Shushrusha localisée à Bombay dans l'État du Maharashtra.

De façon générale, cette étude nous apprend que les coopératives répondantes comptent en moyenne 64 lits, emploient 55 personnes et servent 1 238 clients. Ces coopératives font peu affaire avec leurs membres, à peine 10% du chiffre d'affaires. Mais si la notion de membres usagers ne pèse guère dans les règles de fonctionnement de ces coopératives, il en va tout autrement pour la coopérative Shushrusha de Bombay où les 7 624 membres participent tant à la propriété, à la direction, qu'à l'utilisation des services de la coopérative

(Shushrusha). Le capital social s'établissait au 31 mars 1995 à 515 900 roupies (21 550 dollars canadiens, puisque 100 roupies équivalent à 4,1736 dollars canadiens en novembre 1995). Le montant de la part sociale par membre était alors de 1 000 roupies (41,74 dollars canadiens). Dans le cas de la coopérative de santé de Bombay, on note que le statut de membre donne droit à une réduction de 20% sur les tarifs médicaux, et de 50% dans le cas de personnes âgées de plus de 70 ans (Desmukh, 1995). La majorité de ces établissements ont vu le jour entre les années 1980 et 1989.

Les objectifs poursuivis par ces coopératives se présentent comme suit:

- établir des hôpitaux et des cliniques dans divers endroits du district;
- réaliser des activités spéciales touchant le bien-être des femmes et des enfants;
- acheter ou vendre de l'équipement médical, des remèdes;
- initier et encourager la recherche dans les domaines cliniques et médicaux;
- former des infirmières, des techniciens et autres personnels spécialisés.

Dans le cas de la coopérative de Bombay, les objectifs sont davantage en relation avec des notions de participation et d'implication de la population du milieu. Les coopératives respectent le principe de libre adhésion, sans discrimination, s'appuyant sur un membership multiple : individu, employé, État et autres coopératives. Ces coopératives opèrent dans le cadre démocratique habituel, avec les instances que sont l'assemblée générale et le conseil d'administration. À ce niveau, on retrouve de quatre à 21 personnes, parmi lesquelles 4,4% des membres en moyenne sont désignés par le gouvernement. Enseignant, homme d'affaires et professionnel de la santé se retrouvent majoritairement sur les conseils d'administration. En général, les coopératives sont locataires. Les quelques coopératives propriétaires de leurs locaux éprouvent des difficultés à rencontrer leur paiement. De façon générale, le personnel des coopératives est composé de médecins (21%), d'infirmières (26%), de gestionnaires (2%), de travailleurs (32%) et autres (19%).

Les services offerts par ces coopératives sont variés:

- service pour les accidentés de la route;
- service d'ambulance 24 heures;
- service de rayons X 24 heures;
- service de vaccination de bébés et d'enfants;
- service d'électrocardiogramme;
- service des tests sanguins;
- service de soins pour des bébés prématurés;

- service intensif de soins cardiaques;
- service de bien-être familial;
- service de consultation spécialisée en urologie et en chirurgie plastique;
- salle d'opérations.

De façon moins généralisée, des coopératives offrent aussi un service de fabrication de médicaments homéopathiques qui, dans certains cas, s'avèrent une alternative fort accessible pour les gens à faibles revenus. D'autres proposent l'organisation de sessions de formation en matière de santé concernant divers groupes d'âge de citoyens. Deux coopératives sont engagées dans des activités de publication grand public touchant des sujets d'intérêt populaire tels l'alimentation, la prévention, etc.. Une coopérative poursuit des activités de recherche dans le domaine de la médecine homéopathique. On note aussi des activités de formation du personnel médical - infirmières et responsables de la confection de médicaments, notamment - et l'établissement de laboratoires.

Comment les coopératives répondantes entrevoient-elles leur avenir? On souhaite augmenter le nombre de lits; acquérir de l'équipement plus moderne; étendre l'éventail des services offerts; développer auprès du grand public une plus forte sensibilité à propos du bien-être familial, les soins de santé et la prévention; concevoir et dispenser un plus grand nombre d'activités de sensibilisation de la population; améliorer la qualité des services offerts; et démarrer la fabrication de produits homéopathiques. Cependant, ces coopératives font face à des problèmes d'envergure, le principal étant le manque chronique de financement. Puis, suivent dans l'ordre, l'inadéquation des locaux loués pour les soins et la chirurgie, la difficulté d'attirer et de garder du personnel médical compétent, le manque de support des membres et du public et, même si le gouvernement est financièrement impliqué dans les coopératives, on s'accorde à dire que des mesures additionnelles seraient prestement requises pour faciliter le développement de ces coopératives nommément sur le plan de la capitalisation. En ce sens, on souhaite que le gouvernement accepte le principe du dégrèvement fiscal pour les sommes investies par des personnes dans des coopératives (MCCJCCU, 1994).

SRI LANKA

Localisé au sud-est de l'Inde, le Sri Lanka est un pays de 65 610 kilomètres carrés, situé sur l'île de Lanka elle-même bordée par le golfe de Mannar et le golfe du Bengale. Ce pays comptait en 1993 une population de 18,1 millions d'habitants (*L'État du Monde 1995* : 365) se répartissant dans les neuf provinces du territoire. L'île fut une des premières régions à subir l'influence du bouddhisme, cette religion restant aujourd'hui la plus répandue dans ce pays. Le Sri Lanka (ex-Ceylan) a été occupé successivement par les Portugais et les Hollandais, pour tomber sous la domination britannique à partir du début du XIX^e siècle. Le régime anglais a développé sur l'île d'importantes plantations de thé et d'hivéas. Depuis l'indépendance en 1947, différents partis politiques se sont succédés à la tête du pays; dans les années 1970, un gouvernement progressiste a procédé à de nombreuses nationalisations. Même si on observe depuis quelques années une activité économique dynamique, le pays est divisé tant sur le plan ethnique, linguistique, religieux que politique par une coûteuse guerre civile, un groupe de Tamouls hindouistes originaires du sud de l'Inde revendiquant la création d'un État indépendant dans le nord et l'est de l'île, donc en opposition avec la majorité cinghalaise de croyance bouddhiste.

Évolution des effectifs médicaux 1950-1965 au Sri Lanka

	1950	1965
Médecins *	673	1 500
Infirmières *	1 300	3 600
Lits d'hôpitaux	15 000	35 000

* Dans les services gouvernementaux.

Source : Roemer, 1991 : 555.

Suite à l'accession du pays à l'indépendance en 1947, outre l'infrastructure éducative et socio-sanitaire léguée par les Britanniques, les autorités ont mis en place un système d'approvisionnement alimentaire destiné à assurer à tous un minimum vital. Parallèlement, on a investi en quelques années d'importantes ressources pour améliorer tant en qualité qu'en nombre, les effectifs médicaux. Plusieurs grandes maladies ont alors été pratiquement éliminées, dont le choléra. Le tableau suivant est fort éloquent sur l'effort consacré à l'amélioration des effectifs médicaux au cours de la période 1950-1965. Cette priorité gouvernementale pour la santé au tournant des années 1950 s'est nécessairement reflétée sur le plan des dépenses. Pour la période de référence, soit de 1950 à 1965, les

dépenses de l'État en approvisionnement alimentaire, éducation, logement et santé sont passées de 5 à 12% du PIB.

Suite à l'élection d'un gouvernement conservateur en 1977, l'État a modifié quelque peu son approche des questions sociales, dont celle de la santé. Les choix en cette matière ont consisté à restreindre l'accessibilité au programme d'approvisionnement alimentaire - ce programme s'adresse désormais uniquement aux plus démunis - tout en permettant la pratique médicale privée sur une plus large échelle. Par contre, d'autres engagements ont été pris pour maintenir le cap sur la bonification de la santé publique. Reflet de l'implication importante des nombreuses générations de gouvernements en matière sociosanitaire, le Sri Lanka se démarque nettement du groupe de pays contigus à l'Inde sur plusieurs indicateurs liés à la démographie et à la santé de la population. Ainsi, c'est le pays qui présente le plus faible indice de fécondité (2,48 comparativement à 4,72 pour le Bangladesh), un taux de mortalité infantile très faible (24 pour 1 000 comparativement à 96 pour 1 000 dans le cas de l'Inde) et une espérance de vie inégalée dans cette région du monde (71,6 années contre 53,5 années pour le Népal).

1. Le système de santé srilankais

Nonobstant l'adoption de politiques plus conservatrices à la fin des années 1970, le pays a poursuivi l'objectif d'accessibilité gratuite aux soins de santé dans les institutions publiques, tant sur le plan de la prévention que du traitement. En 1985, 93% de la population avait accès à cette gratuité des services. L'objectif d'universalité a été atteint au tournant des années 1990. Pour améliorer davantage le niveau de santé de la population, le gouvernement a créé, en 1980, un Conseil national de la santé. Présidé par le premier ministre, ce Conseil s'est engagé dans de nombreuses initiatives, dont le soutien à des activités de formation et de recherche s'appuyant principalement sur un réseau national de développement de la santé. L'OMS tente d'ailleurs de recréer dans d'autres pays en développement une structure semblable.

À la tête du système de santé au Sri Lanka, on retrouve le ministère de la Santé qui regroupe plusieurs entités : les services médicaux, incluant les hôpitaux; le service de santé publique; un service de recherche; un service de planification; et un département de médecine traditionnelle dite Ayurvedic. Dans chacun des 25 districts administratifs qui composent les provinces du pays, l'ensemble des services de santé sont coordonnés par une direction des services de santé (*superintendent of health services*).

L'orientation gouvernementale plus marquée vers le marché privé depuis 1977 n'a eu que peu d'impact sur la part étatique consacrée aux dépenses en matière de santé. En fait, la proportion des dépenses totales en santé assumée par le gouvernement est restée la même en 1982 qu'elle était en 1970, soit 60 % par l'État et 40 % par le privé.

En 1981, on recensait 488 hôpitaux allant du grand hôpital en milieu urbain au petit hôpital en milieu rural. Des 44 000 lits ainsi disponibles, environ 90% se retrouvent dans des hôpitaux d'État. Les services de consultation externe des hôpitaux sont appuyés par un réseau de 340 dispensaires centraux (*central dispensaries*) où oeuvrent des assistants médicaux et 600 dispensaires périphériques (*branch dispensaries*) et lieux de visites (*visiting station*) où travaillent du personnel médical moins formé et des assistantes sages-femmes. En 1982, une vaste réforme a été mise en place. Pour l'essentiel, cette réforme change la fonction des établissements de santé, rationalise les effectifs, crée des zones de services homogènes et recherche, en définitive, une efficacité accrue des soins de première ligne. Sur le plan des effectifs médicaux, le pays doit composer, depuis quelques années, avec une baisse relative du nombre de médecins. Plusieurs d'origine tamoule préfèrent s'expatrier plutôt que de souffrir de discrimination. À un autre niveau, un nombre croissant de médecins choisissent de consacrer plus de temps à la pratique privée. Ce phénomène a pris une telle ampleur qu'il menace l'intégrité du système public de santé. Cependant les effectifs infirmiers et de travailleurs communautaires dans la santé ont poursuivi leur croissance pour la période allant de 1965 à 1981, ce qui donnait en 1981 un ratio de personnel infirmier de 79,4 par 100 000 habitants. Si le réseau public occupe une place privilégiée dans la prestation des soins de santé, il existe néanmoins un réseau privé fort actif s'adressant pour une bonne part à des personnes mieux nanties. Même s'ils ne rejoignent pas ces clientèles aisées, les hôpitaux coopératifs sont associés au réseau privé.

Sur le plan des charges assumées par l'État, à l'instar d'autres pays, le Sri Lanka cherche à se désengager de certains frais, pensons ici au coût d'une chambre, sans parler de la coexistence d'un système privé qui se finance en partie par une facturation supplémentaire du patient.

2. Les coopératives dans le domaine de la santé

Sous forme de coopérative d'usagers, le tout premier hôpital coopératif au Sri Lanka a été incorporé en 1936. Il a vu le jour dans une province du nord, Jaffna, et il a démarré ses

opérations avec des internes. Mais c'est véritablement au début des années 1960 que les hôpitaux coopératifs vont prendre leur essor dans différentes régions du pays en complément au réseau public d'institutions de santé, et dans l'esprit d'ouverture aux personnes à revenus faibles et modérés qui a animé l'implantation du réseau des coopératives de consommation. Deux de ces coopératives vont s'orienter dès le départ vers la pratique d'une médecine traditionnelle, la médecine Ayurvedic. Au début des années 1990, on voit se développer de nouveaux hôpitaux coopératifs se rattachant à des coopératives multifonctionnelles. Selon un rapport présenté au deuxième forum international sur les coopératives de santé tenu en 1995 à Manchester, il y aurait dix coopératives de santé au Sri Lanka (Ogino, 1995).

Ces coopératives d'usagers s'adressent à une clientèle composant la classe moyenne (frange inférieure et moyenne), donc en complément au réseau public qui touche principalement des personnes démunies et au réseau privé qui s'adresse à des gens mieux nantis. De façon générale, les coopératives de santé au Sri Lanka poursuivent trois grands objectifs:

- offrir l'accès à des ressources médicales à coût accessible pour des personnes à revenus faibles et modérés;
- aider les membres à prévenir des situations d'endettement;
- favoriser l'accès à des installations appropriées pour les femmes qui accouchent.

Outre un droit d'adhésion minimum, les membres des coopératives de santé bénéficient de la couverture nationale fournie par l'État pour la majorité des frais. Le statut de membre permet des réductions de coût pour des dépenses du type «chambre privée». Dans quelques cas, on parle de réduction pouvant aller jusqu'à 50% comme nous le verrons plus loin avec la présentation de deux coopératives. Il est à noter que ces coopératives ne s'adressent pas exclusivement à des sociétaires. À ce propos, l'information consultée laisse penser que dans certains cas, une part importante des activités se déroulent avec des non-membres.

Les hôpitaux coopératifs offrent des services propres à des hôpitaux ou cliniques, par exemple des soins ambulatoires, des services chirurgicaux, l'assistance pour l'accouchement. Tel qu'indiqué précédemment, dans le respect d'une vieille tradition, deux coopératives basent leur pratique sur la médecine populaire Ayuverdic.

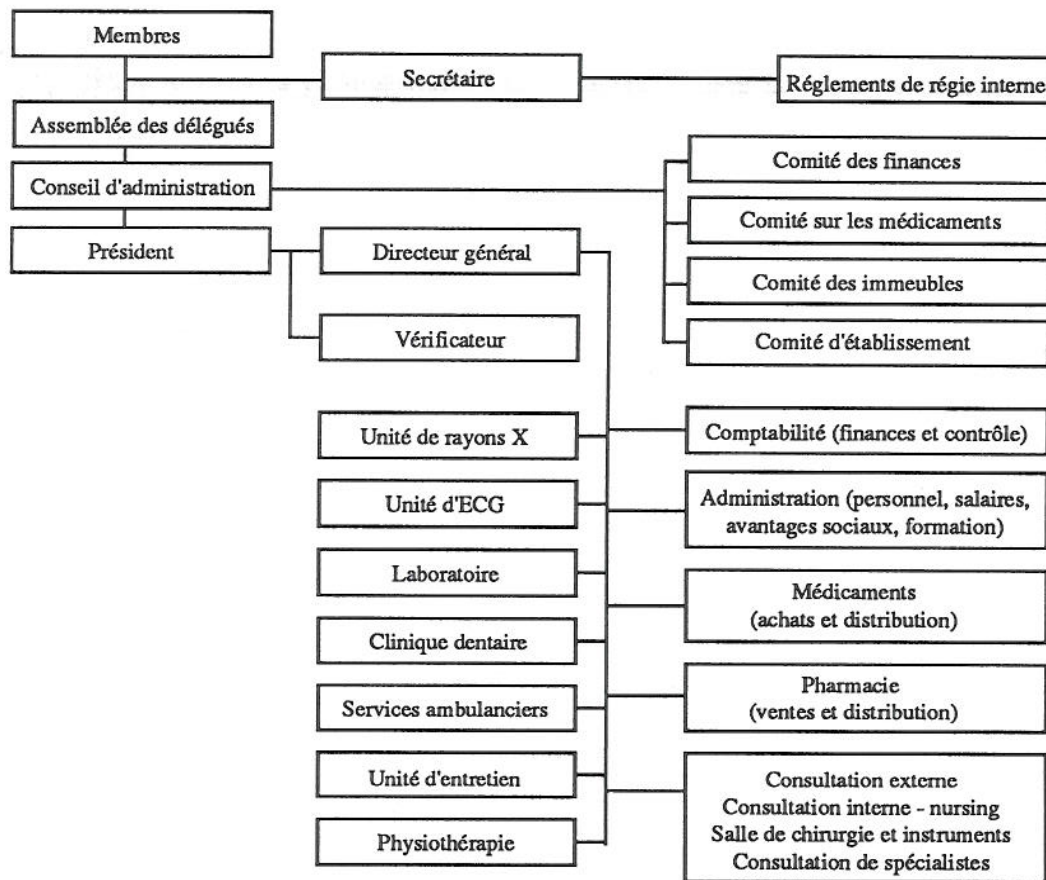
À l'exemple de l'ensemble du système public de santé srilankais, plusieurs hôpitaux coopératifs souffrent d'un manque de ressources pour moderniser les équipements, ou tout simplement compléter la dispense de services dits «de base», ou encore l'achat d'une ambulance et l'aménagement dans des locaux plus fonctionnels. Des coopératives ont parfois bénéficié du don d'équipements par d'autres pays, notamment le Japon, mais les besoins restent énormes. Le désengagement de l'État à l'égard de certains coûts et le plafonnement des budgets jouent un rôle prépondérant dans cette situation. Le salariat comme mode de rémunération des médecins semble poser un problème de recrutement et de maintien des effectifs. Cette situation est particulièrement ressentie en milieu urbain, pensons ici à la coopérative située dans la capitale Colombo qui doit composer avec la vive concurrence des cliniques privées.

2.1 Galle District Co-Op Hospital Society

Située dans une province du sud du pays, cette coopérative a été fondée en 1962 à titre de clinique pour consultation externe avec un membership de 26 sociétaires. La coopérative compte aujourd'hui un peu plus de 2 000 membres et a considérablement augmenté ses ressources sur les autres plans (IHMCF, 1993 : 48-57; HMCMA, 1994 : 45-58). Il s'agit donc d'une coopérative d'usagers tant sur le plan individuel (les membres sont des individus) que sur le plan collectif (membre organisation). Le schéma de la page suivante illustre ce propos.

Outre la part sociale d'un montant nominal, cet hôpital se finance par le régime public de soins de santé et des frais perçus auprès des patients pour divers services, en particulier la location de chambre. À cet égard, le statut de membre permet une économie de l'ordre de 50% des coûts. Suite à une décision des membres de cette coopérative, il a été décidé d'offrir le statut de membre associé à tous les autres types de coopératives du district, en vue de permettre l'extension d'offre de services aux sociétaires de ces coopératives. Visant en particulier le réseau des caisses d'épargne et de crédit, on permet dans ce cas aux membres de la caisse d'avoir accès aux services et si besoin est, de payer pour les frais encourus à son institution financière qui devient, par le fait même, un intermédiaire. Des ententes spécifiques peuvent aussi être conclues pour l'étalement mensuel des paiements requis. On croit ainsi prévenir l'endettement indu de ces personnes. La fréquentation accrue qui en a résulté a permis à la coopérative d'augmenter ses revenus.

Structure du Co-operative Hospital Galle Sri Lanka



Source : MCCJCCU, 1994 : 159.

Sur le plan des services rendus, la coopérative offre une gamme variée de services ambulatoires et internes. Le schéma précédent en donne un aperçu. La proximité de la coopérative avec la Faculté de médecine de l'Université des provinces du sud amène plusieurs spécialistes médicaux à offrir des services de consultation et de traitement des personnes hospitalisées. Cette collaboration a pour effet d'augmenter sensiblement la fréquentation des lieux, même pour des personnes admises dans des hôpitaux d'État, et de générer des revenus importants autorisant une latitude financière plus grande que la moyenne des autres hôpitaux coopératifs, même s'il faut consacrer des dépenses supplémentaires pour se doter d'équipements modernes.

Au niveau associatif, cette coopérative fait appel à la participation des membres au sein des diverses instances démocratiques - assemblée des membres et conseil d'administration - ainsi que de quatre comités d'usagers - comité des finances, comité sur les médicaments, comité d'immeubles et comité d'établissement. La coopérative dispose de deux édifices abritant 22 chambres, neuf salles, 75 lits, une salle d'opération, une unité de rayons X et un laboratoire. Plus d'une centaine de personnes y travaillent. Sur le plan de l'achalandage, on évalue qu'il y a quotidiennement un peu plus de 200 consultations externes. Le principal défi de cet hôpital coopératif, a indiqué un de ses dirigeants, est d'avoir plus de fonds pour se doter d'équipements modernes (IHMCF, 1993 : 51).

2.2 Gampaha Co-Operative Hospital Society Limited

Cet hôpital coopératif est situé à 30 kilomètres au nord de la capitale Colombo, au coeur d'un important bassin de population. On retrouve sur le territoire de la coopérative un hôpital d'État et quelques hôpitaux privés s'adressant à des gens plus fortunés. Fondé en 1962 par deux philanthropes, cet hôpital coopératif a démarré ses activités dans une maison privée avec six lits, deux médecins, trois infirmières et trois assistantes. En 1970, suite à un prêt d'une banque coopérative, l'hôpital a procédé à l'achat d'un terrain et a fait bâtir l'édifice actuel. Cette coopérative appartient, en 1992, à 1 167 membres usagers.

Outre la part sociale qui s'établit à 50 roupies (un peu plus de deux dollars canadiens), cet hôpital est financé par le régime public de soins de santé et des frais perçus auprès des patients pour divers services, notamment la location de chambres. À ce propos, le statut de membre permet une réduction de 50 % des coûts. Le membre bénéficie également d'un rabais de 15 % sur d'autres frais médicaux, mais ces dispositions sont peu utilisées.

Cet hôpital coopératif offre différents services de chirurgie, gynécologie et obstétrique, entre autres, et il opère une clinique pédiatrique ainsi qu'un département de consultation externe. Installé dans un édifice de 14 chambres, ouvert 24 heures par jour, l'hôpital cumule des statistiques d'achalandage enviables compte tenu de sa dimension. Ainsi en 1992, plus de 15 000 consultations externes ont eu lieu, 500 opérations s'y sont déroulées et il y a eu 200 accouchements. Considérant le fort taux d'achalandage et l'exiguïté des lieux, le président de la coopérative a indiqué dans sa présentation au forum de Tokyo en 1992 que le principal défi de cette coopérative était de trouver le financement adéquat pour permettre une expansion de la surface des bâtiments en vue de mieux répondre à la demande. Un important projet d'expansion dort depuis quelques années sur la table à dessin de la coopérative faute de ressources (IHMCF, 1993 : 55).

MALAISIE

La Fédération de Malaisie est située dans le sud-est de l'Asie et elle se découpe en une partie insulaire et une autre péninsulaire, où l'on retrouve 83% des 19,6 millions d'habitants (*L'État du Monde 1995* : 378). La superficie totale du territoire représente 329 750 kilomètres carrés. La population relativement jeune est composée de 47% de Malais, 33% de Chinois, 9% d'Indiens et Pakistanais et 11% d'autochtones et d'ethnies variées. Différents pays occidentaux ont initié des activités économiques dans ce pays à partir du XVI^e siècle, dont les Portugais et les Hollandais, mais ce sont les Anglais qui vont exercer la plus forte influence. En 1896, les Britanniques vont s'entendre avec les Sultans de quatre États pour former la Fédération des États malais. Dans cette nouvelle fédération, les autorités ont suivi les conseils des Anglais dans une multitude de champs d'activités en vue de moderniser la vie économique et sociale, notamment en matière de santé. Ainsi ont été mis en place un réseau d'hôpitaux, des programmes de santé publique, un centre de recherche médicale (1900), avec un mandat prioritaire d'identifier les causes et les moyens d'enrayer les maladies tropicales, et une faculté de médecine (1905). Comme tant d'autres colonies au tournant des années 1950 et 1960, la Fédération de Malaisie va accéder à son indépendance en 1957. La Fédération de Malaisie est aujourd'hui une monarchie constitutionnelle dont le roi est élu pour une période de 5 ans. Ce pays est de plus en plus perméable à l'influence de l'Islam, ce qui s'exprime entre autres par l'islamisation du système financier et par la volonté d'un des États de la fédération, le Kelantan, d'adopter la charia (législation islamiste) (*L'État du monde 1995* : 375). Sur le plan de la santé, les indicateurs laissent voir des résultats témoignant d'une amélioration sensible de la situation sociosanitaire de la population, particulièrement en comparant avec des pays voisins.

Comparaison entre l'état de santé de la population de Malaisie et celle de ses voisins (1994)

	Malaisie	Indonésie	Philippines
Mortalité infantile (pour 1 000 naissances)	75,00	40,00	14,00
Espérance de vie (années)	62,70	65,00	70,80
Nombre de médecins (pour 1 000 habitants)	0,14	0,12	0,37

Source : *L'État du monde 1995* : 378-379.

Depuis une dizaine d'années, la fédération fait face à un important mouvement d'urbanisation. De 1984 à 1994, le pourcentage de la population résidant en milieu urbain

est passé de 32 à 43%. À l'instar de nombreux autres pays ayant à composer avec l'augmentation des coûts de la santé particulièrement en période de récession économique, l'État malais a annoncé en 1985 son intention de privatiser une partie du système public de soins de santé. Au début des années 1990, dans le cadre d'un énoncé de politique nommé «Vision 2020», l'État se donne comme objectif la privatisation complète du système sur une période de 30 ans.

1. Le système de santé malais

Lors de son accession à l'indépendance en 1957, l'État malais a hérité des Anglais d'un système sociosanitaire relativement développé. En outre, un programme de santé en milieu rural (Rural Health Services Scheme) a été implanté en 1953 et il a joué un rôle clé dans l'amélioration de l'état de santé de la population à l'extérieur des zones urbaines. Pour l'essentiel, le système de soins de santé public en Malaisie vise à couvrir l'ensemble de la population laissant cependant place à un réseau privé de soins de santé de plus en plus présent.

Le ministère de la Santé est au coeur du système de santé malais. Il coordonne une variété de programmes touchant tant les aspects préventifs que curatifs. Dans chacun des 13 États du pays, on retrouve un office des services médicaux et de santé qui est dirigé par un directeur assumant ainsi la responsabilité de mettre en application les directives du ministère. À une échelle plus réduite, le pays est divisé en 50 districts de santé dont le directeur n'a cette fois-ci qu'une responsabilité sur le plan de la santé publique et la coordination du réseau de prestation relevant du directeur d'État. Enfin, il y a des sous-districts qui avec leur réseau de centres de santé mis en place dans le cadre du programme de santé en milieu rural implanté en 1953 permet de rejoindre 93% de la population en milieu rural (Roemer, 1991 : 398). D'autres ministères complètent l'action gouvernementale en matière de santé. Le ministère de l'Éducation est responsable de la formation du personnel médical, alors que le ministère du Travail assume la responsabilité étatique en matière de santé et sécurité au travail. Ce ministère administre entre autres un programme de compensation en cas d'accident de travail auquel adhéraient, en 1982, 2,1 millions de travailleurs. Ce programme est financé conjointement par les travailleurs et les employeurs. Le ministère des Terres et Mines assume la coordination des soins de santé auprès des autochtones, et les forces armées qui relèvent du ministère de la Défense ont leur propre réseau de soins de santé.

Selon des données couvrant la période des années 1980, le système de santé malais se finance principalement par des sources publiques. En 1983, cela représentait 74% de l'ensemble des dépenses contre 26% provenant du privé (Roemer, 1991 : 408). Si au fil des années le pourcentage du PNB consacré aux dépenses publiques en matière de santé a augmenté passant de 2 à 3,15% en 1983, le pourcentage du budget de l'État consacré à la santé a diminué en proportion puisqu'il a augmenté plus vite que le PNB, glissant de 7,9% en 1961 à 3,6% en 1983. Un système de contribution minimale exige du patient de verser un montant de base lorsqu'il est hospitalisé dans une institution publique. Le financement privé est varié. Il y a la contribution obligatoire pour l'hospitalisation même dans les établissements publics, de même que pour les dépenses inhérentes à l'utilisation de services privés, que ce soit des hôpitaux ou les services de médecine traditionnelle parfois d'inspiration chinoise, autrement d'origine indienne.

Les services de santé en Malaisie sont offerts par des institutions publiques et privées. En 1984, les institutions publiques disposaient de quelque 28 000 lits alors que les organismes privés avaient à leur disposition un total de 3 521 lits (Roemer 1991 : 403). Le réseau public était alors composé de 12 hôpitaux généraux, 48 hôpitaux de districts et deux hôpitaux de soins psychiatriques, ainsi que des établissements de première ligne dits centres de santé. On observe une augmentation des taux d'occupation des hôpitaux, la population préférant s'y adresser plutôt que d'utiliser les centres de santé. Sur le plan des effectifs humains, le portrait se présentait comme suit en 1983 : 4 324 médecins, 7 148 infirmières, 5 669 assistantes-infirmières, 1 749 assistants d'hôpitaux (Roemer 1991 : 402). Près de 57% des médecins exercent en pratique privée, les autres étant à l'emploi du réseau public. Dans ce dernier cas, il est interdit d'avoir une pratique privée. On note qu'il arrive fréquemment que le médecin vende directement une prescription à ses patients, cette pratique lui permettant d'empocher de généreux profits, soit de l'ordre de 50% (Roemer, 1991 : 404).

Pour tenter de juguler les coûts du système de santé, l'État s'est engagé depuis 1985 dans une démarche de privatisation des services et de modification du système de financement. Ce mouvement s'est accéléré au tournant des années 1990 lorsque le gouvernement a adopté le programme Vision 2020, qui stipule que le système de santé devra être complètement privatisé d'ici 2020 (HMC MAR, 1994:70). En ce sens, on développe de plus en plus d'institutions privées de santé, même si les coûts d'hospitalisation sont trois fois supérieurs à ceux des institutions publiques (HMC MAR, 1994:66). Cette tendance fait que le nombre de médecins se consacrant à la pratique privée est passé de 52%, en

1983, à 57% en 1993. En ce qui a trait au financement, on étudie la possibilité d'implanter un programme national d'assurance-santé qui prendrait appui dans un premier temps sur la prestation des soins dans le réseau public et le réseau privé. Dans cette optique, on a envisagé l'intégration du principal régime de retraite des employés (*Employers Provident Fund - EPF*) qui couvre près de 72% de la population - l'employé et ses proches - avec le système de prestations en cas d'accident de travail (SOSCO) financé conjointement par les employés et les employeurs et s'adressant à tout individu à l'emploi d'une firme comptant un minimum de cinq employés, soit un total de 2,1 millions de travailleurs. Une loi a également été adoptée en vue d'assurer une distribution plus équitable des ressources privées entre les zones urbaines et les zones rurales. C'est dans ce contexte de privatisation d'activités dans le domaine de la santé que s'inscrivent les démarches coopératives.

2. Les expériences coopératives

Répondant favorablement à l'appel du gouvernement de privatiser la pratique médicale, le Collège des praticiens généralistes a initié le processus de création d'une coopérative de médecins en 1987. Cette coopérative, la première du genre en Malaisie, a été officiellement fondée en 1988 sous le nom Koperasi Doktor Malaysia (KDM) et a comme objectif de défendre les intérêts socio-économiques de ses membres. Pour ce faire, on favorise la concertation entre les cliniques des membres et la structuration d'un réseau de référence, Healthcare Provider Network (HCPN). Ce réseau doit avant tout améliorer la qualité des services et amener une plus grande standardisation des procédures cliniques. Mis en place en janvier 1992, il avait déjà rejoint, en juin 1994, 75 % du membership de KDM, soit 472 personnes. Une trop forte centralisation de l'organisation a cependant retardé le processus d'implantation d'établissements, tels les centres de diagnostic commun, la chirurgie d'un jour, etc..

Depuis, le mouvement a évolué. Dans l'optique d'élargir le bassin de clientèle et de rejoindre notamment les quelque trois millions de membres des coopératives, des ententes ont été signées avec d'autres réseaux coopératifs. En ce sens, KDM et l'association des coopératives d'assurances malaisiennes (MCIS) ont mis sur pied et opère Koshiat. Il s'agit de la participation des coopératives à la promotion du plan national de santé. Sous cette raison, KDM, MCIS et d'autres représentants de secteurs coopératifs (financier et consommation) ont formé une organisation de deuxième niveau qui gère des hôpitaux, des services de maintien à domicile, des pharmacies et des centres d'accueil pour personnes retraitées (Ogino, 1995). Cette structure qui tire avantage de la reconnaissance par l'État de

la contribution de l'économie sociale dans le processus de privatisation des services de santé, pourra constituer un mécanisme du mouvement coopératif pour investir dans le développement du système national de santé selon les vues de l'énoncé politique du gouvernement Vision 2020. Cependant, cette coopérative d'envergure nationale devra envisager une décentralisation pour être plus près des gens (IHMCF, 1993 : 40-47; HMC MAR, 1994 : 66-78).

JAPON

Situé à l'extrémité orientale du continent asiatique, le Japon est composé de quatre grandes îles et de 3 900 petites îles, pour une superficie de 377 435 kilomètres carrés. Une grande partie du territoire est couverte de forêts et de montagnes, lieux plus ou moins propices à l'habitation humaine, ce qui fait que la majorité des quelque 125 millions d'habitants (1994) doivent se concentrer sur le tiers du territoire. Ceci explique pourquoi le Japon se situe au troisième rang mondial après le Bangladesh et la Corée du Sud en ce qui a trait à la densité de la population par kilomètre (Iglehart, 1988 : 148), soit 336,8 habitants par kilomètre carré en 1994 (*L'État du monde 1995* : 100). Sur le plan administratif, le pays est divisé en 46 préfectures et 26 administrations municipales majeures.

Longtemps fermé à toutes ouvertures vers l'extérieur, ce n'est qu'à la faveur de la révolution de Meiji en 1868, que ce pays va graduellement délaisser son attachement à une société féodale pour s'engager dans la construction d'un État moderne. Missions d'études à l'étranger, investissement dans des infrastructures, urbanisation, développement de méga-entreprises, le Japon au tournant du XX^e siècle va s'imposer comme première puissance commerciale en Asie. Sur le plan médical, le Japon va importer le modèle de santé mis au point en Allemagne en intégrant également les plus récents développements de la médecine occidentale. Ce système va prendre le relais de la médecine traditionnelle chinoise qui s'appuie sur la pratique de l'acupuncture et l'utilisation des herbes médicinales. En matière de prestation de soins, si en milieu urbain plusieurs initiatives de type privé voient le jour, c'est plutôt des associations diverses en milieu rural qui encourageront l'expansion des services de santé.

Si les conflits armés des années 1930 - occupation de la Chine - et surtout celui de 1940 perturbent la croissance de l'empire du soleil levant, un effort sans précédent sera déployé au lendemain de la fin de la deuxième guerre mondiale pour relancer le développement. Peu à peu, sur une période de 50 ans, le Japon s'est hissé au niveau de seconde puissance économique mondiale, ce qui a permis à sa population d'atteindre un niveau de vie élevé. L'interdiction imposée au pays de se reconstituer une force militaire a permis de canaliser des sommes importantes sous forme d'investissement productif, de recherche et développement et - ce qui est peut-être moins connu - des investissements substantiels en matière de santé. À titre d'exemple, les dépenses de santé au Japon en 1984 étaient quatre fois supérieures aux dépenses militaires, alors qu'aux États-Unis, les dépenses de santé

représentaient à peine 70 % des dépenses militaires pendant la même période (Iglehart, 1988 : 149).

Ces investissements massifs en matière de santé, combinés à d'autres facteurs dont une diète alimentaire pauvre en matières grasses, ont contribué à placer le Japon au sommet de plusieurs indicateurs sociosanitaires. Ainsi, les Japonais et les Japonaises présentent en 1992 la plus longue espérance de vie au monde, soit respectivement 76,09 années et 82,22 années. Le taux de mortalité infantine se situe au niveau de 4,5 pour 1 000 (Kemporen, 1994 : 52). Ce qui étonne davantage que cette performance remarquable, c'est le poids somme toute modeste des coûts engendrés par le système de santé. En ce sens, l'ensemble des dépenses en matière de santé ne représentait, en 1991, que 4,7% du PNB et 6,1% du revenu national (Demporen, 1994 : 77). Alors qu'il en coûtait, en 1986, 1 926 dollars américains per capita pour les soins de santé aux États-Unis, cette charge représentait moins de la moitié au Japon (Iglehart, 1988 : 147).

Nonobstant ces données, ce pays doit néanmoins composer avec des phénomènes de société qui interpellent des solutions novatrices telles la recomposition de la pyramide des âges, caractérisée par une très forte augmentation du groupe des 65 ans et plus, qui formera 25% de la population en 2025 (Kemporen, 1994 : 61), un faible taux de natalité, établi à 12 pour 1 000 en 1983 (Roemer, 1991 : 155) et un taux de suicide chez les jeunes parmi les plus élevés au monde. On prévoit également la diminution du ratio de personnes actives versus les personnes inactives (2,8 : 1 en 2010) (Iglehart, 1988 : 148).

1. Le système de santé japonais

Comme l'indique Roemer (1991 : 161), même si à première vue le système de santé japonais est relativement complexe, il est basé sur quelques grands principes aisément compréhensibles. Dans un contexte de développement économique accéléré, le Japon a produit une abondante main-d'oeuvre médicale - médecins, dentistes, pharmaciens, etc. - avec les équipements et la technologie appropriés. À l'initiative de l'État nippon, un vaste réseau de centres de santé a été implanté, alors que le réseau de cliniques et d'hôpitaux relève pour une grande part d'initiatives privées. L'accès universel à ces services se fait par l'intermédiaire de sociétés d'assurances où l'on retrouve à la fois des organismes publics et privés sans but lucratif. Enfin, en vue d'assurer un contrôle de l'utilisation des services et ce faisant, des coûts du système, un mécanisme de multiples paliers de paiement existe, auquel contribue directement et systématiquement l'usager, quoique de façon variable, peu importe son statut dans la société.

À la tête du réseau japonais de santé, on retrouve le ministère de la Santé et du Bien-être qui, au fil des ans, s'est vu confié un nombre accru de responsabilités. En place depuis 1938, ce ministère a des fonctions de direction, coordination, recherche, réglementation et, de façon limitée, prestation de soins de santé. En ce sens, outre un rôle de premier plan dans la gestion et le financement partiel des régimes d'assurance-santé, il opère en collaboration avec diverses préfectures et autorités municipales, un réseau de 855 centres de prévention de la santé (Iglehart, 1988 : 154). Enfin, le ministère est responsable de l'application de la majorité de la centaine de lois régissant la santé et les questions médicales au Japon (Iglehart, 1988 : 149).

Comme nous l'avons dit, un ensemble relativement complexe de régimes d'assurance-santé couvre la population japonaise selon des modalités variables. Les premières traces de ces régimes d'assurance remontent au XIX^e siècle, au moment où des grandes entreprises s'inspirent d'expériences alors en cours en Allemagne et mettent en place des associations d'aide mutuelle pour leurs employés.

Au début des années 1920, avec l'appui technique de l'OIT sera développé un programme d'assurance-santé qui vise à apporter une protection aux travailleurs oeuvrant dans des entreprises de cinq employés et plus, ainsi qu'à leur famille, selon un principe de contribution paritaire employé/employeur. Ce programme sera officialisé par l'adoption d'une loi en 1922, reconnue depuis comme une étape cruciale dans l'élaboration du régime d'assurance-santé japonais. Plusieurs autres lois viendront par la suite se greffer à la loi de 1922, pour faire en sorte que dès 1960, 99% de la population est couverte par un ou l'autre des régimes d'assurance (Roemer, 1991 : 154).

C'est le statut d'emploi ou de non-emploi qui détermine en premier lieu le régime d'assurance auquel va adhérer le travailleur et dont pourra bénéficier ses proches. Selon les cas, ce régime est soit public, soit privé. On peut découper ces régimes en deux grands blocs, celui de l'assurance-santé pour employés salariés et l'assurance-santé basée sur la communauté. Ces deux grands blocs n'ont pas les mêmes caractéristiques, le premier étant plus complet et plus généreux que le second.

Les régimes dans le bloc assurance-santé pour employés couvrent l'ensemble des salariés à l'emploi d'entreprises privées et publiques. Ces régimes ont tous la particularité de faire appel à une cotisation conjointe des employés et des employeurs dans des proportions

variables mais relativement homogènes, en l'occurrence un prélèvement d'environ 4% du salaire de l'employé auquel s'ajoute une contribution équivalente de l'employeur.

Dans tous les cas, sauf pour les associations mutuelles d'aide s'adressant aux employés de services publics locaux, l'État central verse des subventions aux divers régimes d'assurance en vue de défrayer une partie des frais administratifs. La contribution directe des employés dès l'obtention de soins de santé standards s'établit à 10% des coûts, et celle de leurs proches varie de 20 à 30%. Les sociétés d'assurance-santé au nombre de 1 823, en 1993, forment le principal contingent d'entreprises privées au travers les divers régimes d'assurance-santé.

Ces sociétés regroupées au sein d'une fédération nationale (Kemporen) couvrent par leurs programmes 32 millions de personnes, soit 15 millions de travailleurs et 17 millions de personnes composant leur famille : ces travailleurs oeuvrant principalement dans des firmes de 700 employés et plus.

Dans l'autre grand bloc de régimes d'assurance-santé (NHI) qui couvre plus de 42 millions de personnes comme par exemple des agriculteurs, des travailleurs autonomes et surtout ceux et celles exclus de tous les autres régimes, les municipalités sont appelées à jouer un rôle clé dans la gestion des régimes. L'ensemble des ménages japonais a à payer une taxe annuelle pour financer en partie ces régimes. Par ailleurs, les prestataires de services de santé doivent assumer une part des coûts variant de 20 à 30% avec un système de coûts plafonds.

Les professionnels de la santé établissent leurs honoraires à l'acte selon une grille des coûts élaborée par un comité conjoint ministère - professionnels de la santé et usagers. Souvent le montant réclamé ne vient pas directement au médecin, mais il est déposé dans un fonds général de l'institution auquel il est rattaché, ce dernier étant alors salarié. Héritage de vieilles traditions, la pratique de remettre un cadeau au médecin est encore vivante et vient donc arrondir les revenus tirés de la pratique médicale (Roemer, 1991 : 160).

Que ce soit sur le plan des ressources humaines ou matérielles, le Japon présente des statistiques d'effectifs médicaux dont les ratios sont parmi les plus élevés au monde. À titre d'exemple, le ratio médecins/habitants s'établissait en 1992 à 1,76 pour 1 000 et celui des lits d'établissements, toutes catégories confondues, à 28 pour 1 000 (Kemporen, 1994 : 75-76).

Pour assurer la prestation des soins de santé, le Japon compte sur un impressionnant bassin de professionnels de la santé, au coeur duquel on retrouve le médecin. Au nombre de 219 704 en 1992 (Kemporen, 1994 : 76), ces médecins sont soit associés à des cliniques privées, salariés d'hôpitaux ou rattachés à l'une ou l'autre des quelque 80 écoles de médecine que compte le pays. On recensait, en 1981, la diplomation annuelle de 8 360 nouveaux médecins (Roemer, 1991 : 156). Symptomatique de la présence grandissante de pratiques médicales alternatives ou traditionnelles, le Japon comptait, en 1992, 245 000 «autres thérapeutes» dont plus de 50 000 acuponcteurs.

Établissements médicaux au Japon (1992)

	Hôpitaux		Cliniques générales		Cliniques dentaires
Responsabilité	Nombre d'établissements	Nombre de lits	Nombre d'établissements	Nombre de lits	Nombre d'établissements
État	398,00	158 867	497,00	2 377	1,00
Corporations publiques	1 372	353 145	3 915	4 701	338,00
Organisations liées à l'assurance sociale	136,00	38 779	823,00	39,00	17,00
Corporations médicales	4 459	685 536	11 003	59 326	3 568
Individus	2 738	237 115	59 705	201 560	50 771
Autres	860,00	213 254	7 451	2 615	307,00
Total	9 963	1 686 696	83 394	270 618	55 002

Source : Kemporen, 1994.

Le tableau précédent donne un aperçu des établissements médicaux au Japon en 1992. On dénombrait alors un total de 9 963 hôpitaux, 83 394 cliniques générales et 55 002 cabinets de dentistes. Les hôpitaux offrent la plus grande partie des lits, soit près de 85% du total et ils proposent généralement un plus grand éventail de services que les cliniques. Ces hôpitaux sont principalement la propriété de corporations de soins médicaux et d'individus. Le poids des corporations publiques est relativement mince, à savoir 13,8% des hôpitaux, bien que cela représente 21% des lits. Les cliniques ont généralement 20 lits et moins, et dans la grande majorité des cas, elles sont propriétés individuelles. Ces cliniques privées appartiennent la plupart du temps à un médecin qui assume le double rôle de gestionnaire et de professionnel de la santé. Il est assisté d'un personnel limité - infirmière, employé clérical - et associé à un ou deux autres médecins. Ce type de clinique se transmet souvent d'une génération à l'autre, de père en fils, la famille immédiate du médecin y travaillant dans certains cas. Un système de dégrèvement fiscal encourage ce type de clinique.

Tel que mentionné au début de cette section, le vieillissement de la population et les coûts ainsi dévolus au système de santé semblent être une des préoccupations centrales des autorités. Cherchant à mieux répartir la responsabilité des coûts, l'État nippon a fait adopter une loi en 1982 conduisant à une augmentation de la participation financière des entreprises et des usagers eux-mêmes, sous forme de ticket modérateur, mais ces mesures n'ont pas suffi à contenir ces coûts. Si, par le passé, la tradition permettait le maintien de solides noyaux familiaux, donc une responsabilisation des plus jeunes à l'égard des aînés, ce sens de la famille s'est progressivement érodé au contact de la société de consommation et des comportements individualistes qui en découlent.

On cherche des mesures palliatives sur le plan de l'accompagnement pour s'assurer du maintien des aînés dans leur milieu naturel. À ce sujet, le ministère de la Santé a adopté, en 1989, un ambitieux plan décennal, dit le «plan d'or», qui vise à bonifier substantiellement les ressources disponibles pour ces services d'accompagnement en augmentant, à titre d'exemple, de 31 000 à 100 000 le nombre d'auxiliaires familiales (Kemporen, 1994 : 62).

Sous la rubrique du contrôle des coûts de la santé se pose également le défi d'une plus grande discipline en matière de prescription et de consommation de produits pharmaceutiques. Ces changements interpellent au premier rang les médecins qui sont parties prenantes de ce titre peu enviable du Japon, d'avoir le plus haut taux mondial de consommation per capita de produits pharmaceutiques (Japan Pharmaceuticals, 1986). En effet, il arrive fréquemment que les médecins vendent directement aux patients les médicaments, une façon facile d'aller chercher des revenus supplémentaires. Les Japonais ont ainsi pris l'habitude d'utiliser quelques uns des 13 650 produits officiellement reconnus (Iglehart, 1988 : 164).

Une plus grande concertation entre les divers acteurs du système de santé semble aussi souhaitable. L'hermétisme entre les institutions et les professionnels de la santé est souvent la règle, ce qui nuit à l'efficacité du système (Akiyama, 1988 : 172).

2. Les coopératives de santé

Les coopératives dans le domaine de la santé font partie du système japonais depuis 1919. Elles se partagent en deux grands réseaux rattachés dans un cas au secteur des coopératives agricoles J. A. Group - Welfare Federation of Agricultural Co-ops - et dans l'autre, au secteur des coopératives de consommation JCCU - Medical Co-op Committee of Japanese Consumer's Co-operative Union.

2.1 J. A. Group (National Welfare Federation of Agricultural Co-ops)

Constitué de 33 fédérations régionales «d'assistance» (*Welfare Federation*), le J. A. Group est un réseau rattaché au secteur des coopératives agricoles. À la demande de ses membres, c'est en 1919 qu'est mis en place un programme de soins de santé par une coopérative agricole. Cette initiative se voulait une réaction des fermiers à l'absence de facilités médicales en milieu rural et aux conséquences néfastes que représentait la nécessité de se déplacer pour utiliser ces services en milieu urbain notamment les coûts prohibitifs, la cessation temporaire de la production, etc..

Suivant la fin de la seconde guerre mondiale, des modifications à la loi des sociétés coopératives agricoles en 1947 vont conduire à une réorganisation des coopératives agricoles et, partant, l'établissement rapide dans de nombreuses préfectures de fédérations régionales «d'assistance». Sous la dénomination J. A. Group, ce nouveau réseau va créer la même année une instance de coordination nationale. Avec un mandat d'offrir des services médicaux dans les zones peu ou pas desservies par d'autres facilités médicales, ce réseau de coopératives de santé rattachées aux coopératives agricoles va opérer en peu de temps un réseau de 169 hôpitaux et 347 bureaux de consultation médicale. Dans ce contexte, ce réseau s'ouvre au public en 1951 pour la prestation de soins de santé.

En 1992, un amendement à la loi sur les sociétés coopératives agricoles autorise les membres des coopératives agricoles à payer pour la prestation de soins de santé, soit par l'épargne accumulée dans la coopérative agricole, le rendement généré par des associations fraternelles ou des fonds d'assistance mutuelle. Dans certaines préfectures, les activités réalisées avec J. A. Group représentent jusqu'à 25% de l'ensemble des dépenses de santé. À l'échelle du pays, cela totalise 2,2%.

Le réseau J. A. Group propose trois grands types d'activités : santé (prévention), soins médicaux et assistance. Les activités de prévention consistent essentiellement en l'application de multiples examens permettant de mesurer divers paramètres de santé pour faciliter la détection précoce de maladies. Pour rejoindre un plus grand nombre d'individus, on utilise des unités mobiles de détection et d'examens. En matière de soins médicaux, on offre une gamme variée de soins permettant de couvrir la majorité des besoins. Un amendement récent à la loi permet des visites à domicile pour les personnes âgées.

La prestation de ces services est assurée par 115 hôpitaux, 38 000 lits, 42 cliniques, 24 centres ruraux de prévention (examens), cinq centres de santé gériatrique, plus de 100 unités mobiles (véhicules) permettant divers examens et 36 000 employés dont 3 500 médecins. Dans le cadre de la crise des finances publiques que vit l'État nippon, on s'attend à ce qu'une plus grande implication financière des membres se produise à l'égard des services de J. A. GROUP, et dans la foulée du transfert de responsabilités aux milieux régionaux et locaux, au développement de nouveaux partenariats.

2.2 MCCJCCU (Medical Co-operative Committee of Japanese Consumer's Co-operative Union)

S'appuyant sur un réseau d'une centaine de coopératives de santé, le comité des coopératives de santé est associé au mouvement japonais des coopératives de consommation MCCJCCU (Medical Co-operative Committee of Japanese Consumer's Co-operative Union).

À l'image de l'initiative des coopératives agricoles qui ont activement supporté la création de coopératives de santé en milieu rural au début du XX^e siècle, des coopératives de consommation vont s'engager dans la même voie en milieu urbain. L'objectif est de permettre l'accès à des services de santé pour des travailleurs à faibles revenus ne pouvant pas bénéficier des politiques d'assistance sociale de l'État et pour qui l'utilisation de ressources du secteur privé représente des dépenses fort onéreuses, conduisant parfois même à la faillite personnelle.

Avec l'adoption de la loi sur les coopératives de consommation en 1948 dont l'article 10 reconnaît l'existence des coopératives médicales et précise leur champ d'activités, la formule va connaître un rayonnement à la grandeur du pays. En 1957, 12 coopératives médicales se regroupent pour former le Comité des coopératives médicales de l'Union japonaise des coopératives de consommateurs MCCJCCU. L'adoption en 1960 du système d'assurance-santé universel par l'État nippon amène les coopératives médicales à se concentrer davantage dans des activités de type préventif plutôt que curatif. L'augmentation du membership témoigne de la pertinence de cette orientation. La croissance économique rapide du Japon dans la période de l'après-guerre, l'amélioration sensible du niveau de vie de la population et le bouleversement des valeurs qui en découlent, militent en ce sens. Ainsi, le remplacement de la famille élargie par la famille nucléaire et la diminution du temps consacré à la vie de famille rendent plus difficile la

transmission de savoirs traditionnels sur les habitudes de vie et les soins vis-à-vis certaines maladies. La promotion de la santé vers laquelle se tournent les coopératives médicales se veut une réponse originale à ces besoins.

Quatre aspects singularisent ce réseau (MCCJCCU, 1990 : 3):

- elles regroupent des patients, des professionnels de la santé et des gens en santé;
- l'accent prioritaire est mis sur la pratique de la médecine préventive, le maintien et la promotion de la santé;
- la structure démocratique en place se veut une garantie de la participation de la population dans la gestion des services;
- les services de base sont assumés par les groupes *han*.

Les coopératives médicales du réseau JCCU remplissent donc deux grands mandats : des activités de prévention et un volet curatif.

Sur le plan de la prévention, outre les motifs mentionnés précédemment, la plus longue espérance de vie de la population, les progrès de la science dans la capacité de détection précoce de maladies et la volonté des personnes de vivre le plus longtemps possible en santé, développent une grande popularité des actions en prévention. En ce sens, le modèle des groupes *han* du secteur des coopératives de consommation est fort original et il mérite d'être mieux connu. Regroupant une dizaine de voisins, le groupe *han* assume des responsabilités sur le plan d'examens de routine et d'activités de santé. Tout en permettant de recréer dans le Japon contemporain une socialisation de la personne avec son milieu, la formule du groupe *HAN* se veut un moyen privilégié pour encourager de saines habitudes alimentaires en concertation, par exemple, avec les coopératives de consommation pour encourager l'alimentation naturelle. En outre, les membres de ces groupes participent à des sessions de discussion sur des thèmes de santé qui font l'actualité. L'ensemble de ces activités se font généralement avec l'accompagnement de personnel médical. À titre d'exemple, voici la programmation annuelle d'un groupe *HAN* situé en milieu rural.

Programme d'activités annuel d'un groupe han

23 janvier	journée de discussion de la programmation annuelle et party de la nouvelle année
2 février	discussion sur l'hygiène buccale
15 février	échange sur la pression sanguine
15 mars	session de yoga et visite d'hôpitaux

- 15 avril journée sur les maux de dos, visite d'hôpitaux et tests d'urine*
- 15 juillet soirée de discussion sur le cancer et tests d'urine*
- 15 octobre soirée portant sur la santé pour les personnes adultes et pour les aînés
 et tests d'urine*
- 15 novembre soirée pour la prévention du rhume*
- 16 décembre soirée de la revue des activités annuelles et party de fin d'année.*

Source : MCCJCCU, 1990 : 2.

Concernant le volet curatif, les coopératives JCCU se sont entendues en 1987 sur la notion de soins de santé optimaux dans une perspective de reconnaissance et de respect des membres usagers dans une charte des droits des patients:

- ils doivent être équivalents aux standards nationaux;
- ils ne doivent pas favoriser des services non nécessaires;
- ils doivent permettre au patient de comprendre et de décider du ou des traitements appropriés.

Selon des données de mars 1994, le réseau des coopératives médicales JCCU regroupait 117 coopératives s'appuyant sur un sociétariat de 1,7 millions de personnes. Par ailleurs, selon ces mêmes données, on évaluait que les membres avaient souscrit près de 26 millions de dollars en parts sociales, ce qui représentait 2,5% des ménages au Japon et 10% de tout le membership coopératif dans ce pays. Sur le plan des effectifs, ce réseau coopératif possède 82 hôpitaux, 230 cliniques et il compte à son emploi 20 000 personnes dont 1 500 médecins. Disposant d'actifs de 200 millions de dollars, les coopératives médicales ont généré pour la dernière année recensée (1993) pour 220 millions de revenus résultant de services médicaux. Ces chiffres ne doivent pas faire oublier que les coopératives dépendent beaucoup du financement public. En fait, elles peuvent être financées jusqu'à concurrence de 75% par les différents paliers gouvernementaux, le reste provenant des activités avec les membres. Des appels se font entendre en faveur d'une plus grande indépendance des coopératives médicales dans le financement notamment sur le plan des actifs (Kawaguchi, 1995).

Le réseau des coopératives médicales JCCU s'est doté d'un plan de développement quinquennal pour la période 1995-2000 déterminant un certain nombre d'objectifs prioritaires, dont:

- viser une augmentation annuelle du membership de 20 à 30% de façon à rejoindre d'ici l'an 2000, 3 millions de ménages;

- assurer la présence des coopératives à la grandeur du pays, donc faire passer le nombre de préfectures couvertes de 38 à 47;
- faire participer un minimum de 10% des ménages de chacune des préfectures à titre de membre d'une coopérative et impliquer une majorité de membres dans les groupes *han* (en mars 1995, le taux de participation des membres à ces groupes s'établissait à 19%);
- poursuivre les efforts en vue de s'assurer que chaque membre fasse l'objet d'un examen médical annuel. On veut augmenter les revenus générés par ces examens de 5% dans les hôpitaux et de 10% dans les cliniques;
- s'assurer que chaque coopérative médicale dispose au minimum d'un des types d'établissement ou de service suivants : centre de santé ou centre de soins de jour pour les aînés, service de soins à domicile et centre d'appui pour les soins à domicile;
- augmenter la capitalisation des membres dans une proportion d'au minimum 20% de la valeur actuelle des actifs de ce réseau (MCCJCCU, 1995).

Même si ce réseau coopératif ne pèse guère lourd dans l'ensemble des dépenses japonaises en matière de santé - à peine 1% - le modèle participatif qui y est développé influence le reste du système. Cette participation qui s'appuie sur une part importante de bénévolat a joué un rôle significatif dans les interventions de secours post-séisme lors du tremblement de terre survenu à Kobé en janvier 1995 (MCCJCCU, 1995 et *L'État du monde* 1996). En outre, dans le contexte de désengagement de l'État nippon du système de sécurité sociale, le nombre croissant de personnes incapables d'assumer individuellement les risques de maladie vont se tourner vers cette formule collective de gestion et de prévention de la santé. La détérioration des conditions de vie - habitat, consommation alimentaire et relations humaines - qui rendent les problèmes de santé plus complexes, milite en faveur d'un rayonnement accru du modèle de santé du MCCJCCU, d'après ce réseau. Les nouveaux adhérents seront davantage maîtres de leur santé plutôt que de subir précocement les avatars de la maladie.

2.3 *L'exemple d'une coopérative médicale JCCU : la coopérative médicale Saitama*

Ville et préfecture située à une centaine de kilomètres au nord de Tokyo, SAITAMA a vu se développer sur son territoire de nombreuses coopératives depuis les années 1950. Au début des années 1960, on recense huit coopératives médicales. En 1975, trois coopératives se fusionnent pour former la Coopérative médicale centrale Saitama. Ce faisant, tout en consolidant les ressources et assurant la prestation de meilleurs services, on veut mettre en place des effectifs pour la formation des médecins. On récidive en 1992, par

la fusion des six coopératives existantes en vue de donner naissance à la Coopérative médicale SAITAMA. Celle-ci est désormais la plus grosse du réseau des coopératives médicales JCCU en regroupant 113 340 ménages.

Sur le plan de la vie démocratique, les membres sont représentés par 600 délégués dans le cadre de l'assemblée générale de la coopérative. Outre la réception du rapport annuel, l'assemblée adopte le plan d'action et les prévisions pour la prochaine année. Ce sont les autres instances démocratiques qui ont la responsabilité de mettre en oeuvre les décisions de l'assemblée, soit le conseil d'administration, le comité exécutif et les comités spéciaux. En plus de la bonne marche des activités de la coopérative, le conseil d'administration chapeaute les opérations des comités spéciaux suivants:

- le comité des activités de santé;
- le comité de promotion de l'utilisation des services;
- le comité de sécurité sociale;
- le comité d'administration et des finances.

Des quelque 113 340 ménages membres de la coopérative, 32 000 sont impliqués dans des groupes *HAN*. Au nombre de 3 318, ces groupes rassemblent plus ou moins dix personnes. Ces groupes *han* sont regroupés dans 103 branches, elles-mêmes réparties dans 32 districts. Chacun de ces districts est représenté au conseil d'administration par une personne.

Ces groupes *HAN* n'ont pas qu'un mandat sur le plan démocratique, mais comme nous l'avons vu, ils participent à des activités de promotion de la santé, particulièrement sur le plan de l'application de contrôle ou tests évaluant divers paramètres de la santé des membres. Ces groupes procèdent également à l'évaluation de la diète alimentaire et à des tests d'efficience physique.

S'appuyant sur un personnel médical de 1 100 personnes, la coopérative opérait au 31 mars 1992, quatre hôpitaux, sept cliniques générales et une clinique dentaire. La coopérative contribue également au financement d'une école dite de santé où se donnent une quarantaine de cours. Les investissements totaux de la coopérative sont évalués à 22 millions de dollars.

En ce qui concerne l'avenir, une administratrice de la coopérative mentionnait dans une entrevue réalisée en 1993 que l'expansion de la coopérative par les multiples processus de

fusion/intégration a forcé à revoir les modes de communication avec les membres pour éviter le «décrochage».

Deux mesures concrètes ont été adoptées pour donner un sens à cette démarche:

- le mouvement G 9-2 qui s'assure que les groupes *HAN* se rencontrent au moins trois fois par année, soit en juin, septembre et février;
- la boîte arc-en-ciel qui vise à recueillir les commentaires des usagers des services de la coopérative. Plusieurs de ces boîtes sont dissimulées à divers endroits dans les édifices de la coopérative (MCCJCCU,1993:3).

CONCLUSION

Nous concluons cette revue partielle des coopératives de santé dans divers pays en présentant une synthèse des caractéristiques des coopératives de santé recensées dans ce rapport, en étudiant le contexte de leur émergence, leur financement et leur dimension organisationnelle. Nous établissons par la suite leurs perspectives d'avenir au plan international en nous inspirant largement d'un document produit par l'ONU pour le congrès du centenaire de l'ACI en septembre 1995. Nous terminons le rapport en lançant le débat sur la pertinence de ce type d'organisations dans le champ de santé, en nous attardant aux enjeux concernant leur caractère redistributif et le statut des producteurs de services dans ce type de processus de communautarisation (Vaillancourt et alii, 1993).

Des pays occidentaux ayant développé un État-providence ont vu apparaître des coopératives sur leur territoire. Certaines de ces coopératives de santé sont nées avant que l'État ne devienne providentiel (Japon et Québec). Il arrivait que les individus ne pouvaient pas faire face aux coûts des services et que les réseaux traditionnels ne suffisaient plus ou se déstructuraient. Ailleurs, une partie importante de la population n'a qu'une couverture partielle dans le domaine de l'assurance-santé publique (États-Unis). Dans un autre groupe de pays où les soins de santé sont universels et assurés, les coopératives de santé se sont mises en place pour regrouper des consommateurs insatisfaits de la qualité des services, ou des producteurs désireux d'un travail différent (Suède en particulier et Canada).

Les pays du «Tiers-Monde» présentent un contexte tout à fait différent. Malgré des objectifs d'universalité des soins, ces nations n'atteignent que partiellement leurs objectifs à cause de l'ampleur des besoins (Inde et Brésil) ou d'une conjoncture économique défavorable (Costa Rica). La politique publique en matière de santé, cet «ensemble des modèles organisationnels des relations entre les décideurs (*policy-makers*) et les organisations qui mettent en oeuvre la politique, ou qui la font échouer, ou refusent de la réaliser, ou permettent sa dérive» (notre traduction de Perri 6, 1994 : 23) peut motiver la création de coopératives de santé. L'appartenance à une catégorie sociale excluant des coopérateurs du régime public d'assurance-santé (Espagne), la privatisation et la déqualification de la profession médicale (Brésil) peuvent susciter la mise en place d'un système coopératif dans le domaine de la santé.

Des similitudes existent entre ces pays pourtant fort différents. Il arrive dans les deux cas que les coopératives de santé constituent une alternative pour surmonter certaines mesures

jugées non souhaitables : ce sont les «entreprises commerciales de santé» au Brésil, l'arrivée de la Croix Bleue dans le Québec des années 1940 et 1950 ou la privatisation en Suède; ce sont aussi les ressources de santé qui sont inégalement réparties sur le territoire (Panama, Costa Rica, Canada et États-Unis).

Les initiateurs des coopératives présentent des caractéristiques variées. Coopératives d'habitation (Suède), coopératives agricoles en milieu rural et coopératives de consommation en milieu urbain (Japon) sont à l'origine de coopératives de santé. Des acteurs souvent en alliance fondent des coopératives de santé : des médecins avec des professionnels de la santé (Coopesalud au Costa Rica et Dr Michael Shadid aux États-Unis); des travailleurs syndiqués (coopératives ambulancières au Québec); des médecins avec des usagers (Coopasi au Panama); et des administrateurs d'établissements de santé (États-Unis et CSRA au Québec).

L'existence d'expériences réussies dans le domaine de la santé fait naître des espoirs et permet d'atteindre certains objectifs. De cette manière, on peut doter une population de services de santé qui autrement en serait dépourvue (Inde et Sri Lanka). On croit pouvoir réduire les dépenses de la santé (d'après des données établies au Sri Lanka, aux États-Unis et au Canada) et les frais de santé pour les usagers (Coopasi au Panama). Il est apparu possible d'augmenter le pouvoir d'achat des établissements de santé (CSRA et Synernet aux États-Unis), d'harmoniser les relations de travail (coopératives ambulancières du Québec), de privilégier la qualité des services plutôt que le profit (Malaisie) et développer la prévention (Japon entre autres).

Le financement de ces établissements de santé provient de diverses sources. Les coopératives de santé fonctionnent grâce à un appui de l'État (Inde, Québec, Canada, Sri Lanka, Japon et Costa Rica), des entreprises (en partie à Unimed au Brésil et États-Unis), des consultations médicales, des surplus d'opérations des groupes d'achat (États-Unis) et d'un régime d'assurance (en partie à Unimed au Brésil, Coopasi au Panama et HMO coopératifs aux États-Unis) qu'on pourrait associer aux mutuelles.

Nous avons rencontré différents types de coopérative de santé. Nous avons identifié des coopératives de consommateurs, composées de membres usagers (Japon, Sri Lanka, Panama, Puget Sound aux USA) et d'entreprises (États-Unis). Parmi les coopératives de travailleurs, nous retrouvons des professionnels et des techniciens qui vendent leurs services à l'État, aux entreprises et plus rarement aux individus (Coopsain et Coopesalud

au Costa Rica, coopératives ambulancières au Québec). Nous avons en outre fait état de coopératives de producteurs constituées de médecins (Medicoop au Costa Rica et Unimed au Brésil), d'établissements de santé (CSRA au Québec et Synernet aux USA) et de coopératives de deuxième niveau (Espagne). Il arrive aussi que le membership des coopératives de santé soit mixte : travailleurs et associations (Coopesana au Costa Rica et Espagne), ou encore consommateurs, travailleurs et organismes (Suède). Le capital social est fourni soit par les membres (Coopasi au Panama), les producteurs (fixe à Coopesalud et proportionnel aux revenus à Coopsain), les médecins (Medicoop au Costa Rica) les non-membres (52% des coopératives en Inde, en fonction de dispositions légales propres au pays).

Les services peuvent être multiples, équivalents à ceux offerts dans certains hôpitaux (Sri Lanka, Inde, Japon et États-Unis). On retrouve également des services médicaux en clinique (Medicoop au Costa Rica et États-Unis), qu'ils soient curatifs ou préventifs (groupes *Han* du Japon, Costa Rica, Canada et États-Unis) et des services ambulanciers (coopératives ambulancières au Québec et aux États-Unis). Certaines coopératives se rapprocheraient davantage des coopératives offrant un support aux coopératives de santé, d'après la typologie de l'ONU (1995) présentée au premier chapitre, car elles ne dispensent pas de soins médicaux, mais assurent des liens entre professionnels et patients (Coopasi au Panama et HMO coopératifs aux États-Unis) ou procèdent à l'achat en groupe de matériel (CSRA et Synernet aux États-Unis). Les clients sont formés des membres, de non-membres (Inde et Sri Lanka), de membres d'autres coopératives (Sri Lanka et Coopasi), les personnes en bonne santé (Coopasi), la classe moyenne qui se donne un système situé entre le système public pour les démunis et le système privé pour les mieux nantis (Sri Lanka et États-Unis).

Comment se présente la situation dans les différentes régions du globe? Même si la formule de coopérative de santé présente des avantages indéniables, ce modèle reste encore fort peu développé à l'échelle internationale. L'ONU évalue qu'il y a à l'heure actuelle près de 49 millions de personnes membres de telles coopératives. En Europe de l'Ouest et du Nord, on assiste, depuis de nombreuses années, à l'expansion de l'État-providence et, en ce sens, la population a généralement trouvé satisfaction à ses besoins en matière de santé. Ce n'est qu'à la faveur de la crise de l'État-providence que des formules novatrices ont vu le jour en Occident, comme ce fut le cas en Angleterre, où, partant d'initiatives de la base, on retrouve de nombreux types de coopératives tant sur le plan de la santé (coopérative d'omnipraticiens et coopérative de multispécialistes) que des services sociaux (coopérative

de services à domicile, garderie coopérative, coopérative d'insertion de jeunes sur le marché de l'emploi) (Cattell, 1995). Dans le sud de l'Europe où le sens de la communauté joue un rôle important dans la cohésion de la société, la formule coopérative dans le domaine de la santé a connu un important rayonnement. Outre l'Espagne, l'Italie profite d'un support significatif des autorités locales, bien qu'encore une fois nous n'ayons que peu d'information sur ce pays en cette matière. En Amérique latine on retrouve un peu le même modèle socioculturel, même s'il n'y a qu'au Brésil que l'on observe une présence significative de coopératives de santé. En Amérique du Nord, les professionnels de la santé semblent apprécier leur regroupement en coopérative. Les coopératives de santé aux États-Unis se retrouvent principalement dans des régions où la formule coopérative jouissait déjà de solides racines. Au Canada, ces coopératives ont un rayonnement limité. Au Japon, grâce au soutien respectif du réseau coopératif de consommation et de celui de l'agriculture, les coopératives d'usagers en matière de santé sont solidement implantées dans les différentes régions du pays. Dans les pays arabes et islamiques de l'Afrique du Nord et de l'Asie de l'Ouest, l'État-providence est souvent pratiquement réalisé et l'accessibilité des services de santé est gratuite. En outre, l'environnement légal et culturel n'est souvent pas propice à l'essor des coopératives. Par ailleurs, telle que l'indique une communication présentée au forum de Manchester, la gravité des problèmes en Afrique de l'Ouest (augmentation de la population, appauvrissement, épidémie, chômage, etc.) pourrait stimuler des expériences coopératives en matière de santé. Cependant, la concurrence de cliniques privées, l'absence de participation des membres aux activités de la coopérative et les conflits d'intérêt entre divers groupes d'acteurs handicapent la formule. Le seul exemple rapporté concerne l'implantation de cliniques coopératives de types producteur au Bénin et ce, à l'initiative du gouvernement avec le support de la Banque mondiale, du PNUD et de l'OMS; il y en aurait une dizaine à l'été 1995 (ICA-ROWA, 1995). Dans les pays dont l'économie est en transition (pays de l'Europe centrale et de l'Est, Vietnam et Chine) la privatisation de services de santé laisse voir des opportunités intéressantes pour la formule coopérative (ONU/ACI, 1995).

Un certain nombre de conditions faciliteraient le développement des coopératives de santé, nous dit le document de l'ONU:

- acceptation du concept de *self help* et la responsabilité des citoyens dans l'amélioration de la santé;
- connaissance des valeurs et principes du modèle coopératif;
- ouverture et individus expérimentés;
- disponibilité de capitaux;

- support politique;
- pression sur le corps médical.

Il existe par ailleurs des conditions nuisant à l'enracinement de la formule coopérative dans le domaine de la santé:

- surconfiance dans la capacité du secteur public d'offrir des services de santé;
- opposition des professionnels de la santé;
- manque de ressources professionnelles en matière de santé;
- réticence politique aux coopératives;
- perception que les coopératives sont des organisations parasites;
- désintérêt de la formule par le mouvement coopératif;
- manque de stimulants d'association;
- difficulté de trouver les capitaux et de générer des revenus.

La formule se bute à un énorme préjugé au sein de la population des pays du «Tiers-Monde» qui l'associe à une façon détournée de l'État de garder la mainmise sur le secteur de la santé. En Chine, après que la formule de coopérative de santé ait été largement utilisée au milieu des années 1970 pour disparaître une dizaine d'années plus tard, le gouvernement supporte à nouveau, depuis 1991, son développement avec l'objectif de couvrir 70% des zones rurales d'ici l'an 2000. Dans le reste de l'Asie, dans le Pacifique et ailleurs en Afrique, la formule coopérative qui a été longtemps l'objet d'un contrôle excessif de la part de l'État, la formule coopérative se bute à beaucoup de septicisme dans la population. On perçoit aussi la question de la santé comme une responsabilité relevant prioritairement de l'État. Les exemples de coopératives de santé dans cette partie du monde sont donc assez limités. Des coopératives d'usagers en Inde et au Sri Lanka, une coopérative de producteurs en Malaisie qui profite d'un soutien majeur du gouvernement et des pharmacies coopératives à Singapour passent pour des exceptions. L'implication des organisations féminines dans le dossier des coopératives de santé serait un atout clef, ces organisations étant reconnues pour leur dynamisme et leur force de mobilisation.

Le potentiel des coopératives de santé est très loin d'avoir été réalisé. Rarement les mouvements coopératifs nationaux prennent en main la tâche de coordonner le développement et favoriser un environnement facilitant. Cependant, faut-il rappeler que le développement des coopératives de santé, qui peuvent prendre des formes variées, devra se faire sur une base autonome et volontaire? En utilisant le potentiel de l'ensemble des secteurs coopératifs, les mouvements nationaux de coopératives pourraient s'engager dans

l'élaboration de stratégies visant une plus grande visibilité des organisations coopératives en matière de santé. À défaut d'être en mesure de créer immédiatement des coopératives de santé, des moyens de sensibiliser d'autres secteurs coopératifs à la notion de santé pourraient être mis en branle, si c'était là la volonté des mouvements coopératifs.

L'hypothèse voulant que les coopératives de santé et plus généralement le tiers secteur ait peu d'effet sur le caractère redistributif de la politique sociale semble peu plausible. Elle signifierait que les changements en matière de politique publique seraient sans effet sur la politique sociale de sorte qu'à peu près n'importe quel modèle de relations interorganisationnelles est compatible avec un objectif redistributif donné. Un ouvrage récent dirigé par Perri 6 et Isabel Vidal invalide théoriquement l'hypothèse de la neutralité en avançant des arguments qui soutiennent soit une possibilité pour le tiers secteur de contribuer à une plus grande redistribution ou, au contraire, la limiter.

Une première position est à l'effet que le tiers secteur compromet la redistribution des ressources. Cette interprétation veut que la nouvelle vague du tiers secteur dans la politique publique introduit une certaine compétition entre ce qui pourrait être appelé «les industries du bien-être». Cette compétition pourrait avoir pour effet, premièrement, d'inciter les «les industries du bien-être» à offrir les services les moins dispendieux, et à laisser à d'autres les services les plus coûteux et nécessitant le plus d'investissement. Deuxièmement, les contributions volontaires au tiers secteur risquent de masquer le niveau de ressources engagé dans la santé ou le bien-être en général. Troisièmement, une prolifération d'organisations du troisième secteur introduirait une compétition accrue pour s'accaparer des ressources publiques mises à la disposition de ce types d'organisations. Quatrièmement, une trop grande participation du tiers secteur à la politique publique risque de faire passer la politique sociale de l'universalisme des programmes sociaux au particularisme, d'autant plus que des organisations du tiers secteur s'adressent souvent à des groupes bien circonscrits d'après leur sexe, leur religion, leur ethnicité et leur territoire.

La deuxième position veut que le tiers secteur contribue à une politique sociale plus redistributive. D'après la vision du marché du bien-être, le tiers secteur pourrait, premièrement, procurer aux usagers une externalité rarement prise en compte : leur implication et un pouvoir accru sur l'offre de services - ce qui en ferait des «entrepreneurs» assurant une politique sociale plus égalitaire. Deuxièmement, la croissance du tiers secteur et la compétition accrue qu'il suscite, pourraient limiter le gaspillage et les dépenses inutiles (*cream-skimming*). Troisièmement, les organisations du tiers secteur peuvent constituer un

acteur politique de poids exerçant des pressions sur l'État pour obtenir une politique sociale plus redistributive. Quatrièmement, certains acteurs ne craignent pas le particularisme, car il existerait déjà dans des sociétés où l'État-providence est bien déployé : les centres de santé et d'accueil pour les femmes est un exemple de particularisme (Perri 6, 1994 : 22-37).

D'autres arguments militent en faveur de la contribution du tiers secteur pour une plus grande redistribution. Le tiers secteur permet, avec d'autres initiatives, la formation de communautés et favorise l'adhésion d'un certain nombre d'acteurs à des valeurs morales orientées vers le bien-être. De cette manière, les politiques publiques réussiraient à répondre à des besoins de sociabilité, d'entraide, de soutien individuel et d'affection que les liens familiaux en mutation ne réussissent plus à combler (Martin, 1994). Ces organisations seraient aussi impliquées dans la négociation et la régulation des ressources pour le bien-être avec les gouvernements, ce qui pourrait les situer dans une position stratégique favorable à des mesures redistributives. Le tiers secteur peut agir comme un acteur politique en participant au débat public sur la politique sociale (Room et Perri 6, 1994 : 48-56).

D'après le document de l'ONU (1995), il ne fait point de doute qu'il y a une large reconnaissance de l'existence de besoins de services de santé orientés vers la communauté, offrant des services pertinents à coûts abordables, répondant aux attentes du milieu et appelant une réelle participation des citoyens. Que ce soit dans des pays développés, en développement ou dans des pays avec des économies en transition (Europe centrale et de l'Est), ces besoins existent. Les coopératives de santé, qu'elles soient de type usagers ou producteurs ont clairement démontré leur pertinence en terme de combinaison de traitements curatifs et d'approches préventives soutenant les efforts des individus, des familles et des communautés pour promouvoir de saines habitudes de vie et un environnement favorable. Cette formule originale d'organisation permet d'avoir un meilleur accès aux services de soins de santé tout en facilitant le contrôle sur les coûts par les populations locales usagères des coopératives (Robinson, 1995). Elles s'harmonisent parfaitement avec les orientations en matière de santé globale exprimées par l'OMS et l'UNICEF. Dans sa déclaration finale, la conférence d'Alma Ata (au Kazakhstan) organisée en 1978 par l'OMS, a précisé les caractéristiques des soins de première ligne. On y mentionne, entre autres, «que les membres de la communauté prennent en charge leur santé et leurs services, que les soins sont adaptés aux conditions socio-économiques de leur milieu et orientés vers les principaux problèmes de la communauté et que les

intervenants intègrent les services préventifs et curatifs» (OMS, 1978). D'après le document de l'ONU, la formule coopérative peut être garante d'une implication optimale des communautés, démarche essentielle à un fonctionnement efficace des organisations. La formule coopérative s'avère non seulement un excellent moyen de combler le vide entre des services publics de santé de plus en plus limités et des organisations privées en quête de profits, mais elles sont dynamiques.

BIBLIOGRAPHIE

- , *L'État du monde 1995* (1994), Éditions La Découverte et Boréal, Paris-Montréal, 689 p..
- , *La Republica* (1994), «Coopesalud : un ejemplo de reingeniería en el sector salud», San José, Costa Rica, agosto, p. 5.
- ACDI (1990), *Costa Rica*, Hull, Les Éditions Jeunesse.
- AKIYAMA, Hiroko (1988), "Twenty Years of Care in Japan", dans Marilyn M. ROSENTHAL et Marcel FRENKEL (eds), *Health Care Systems and Their Patients. An International Perspective*, Oxford, San Francisco, Boulder, Westview Press, pp..
- ANGUS, Douglas E. et MANGA, Pran (1990), *Efficacité des modèles de prestation coopératifs / communautaires des soins de santé*, Ottawa, Association des coopératives canadiennes, 85 p..
- APLAND, L. E. (1990), *The Co-operative Sector and Health Care in Canada*, Canadian Cooperative Association, Saskatoon, Saskatchewan, January, 31 p..
- BARBOSA DA SILVA, Amaury (1995), "A Pioneer Hospital", dans *Hospitals*, Unimed, pp. 6-7.
- BARROW, Clyde W. (1993), *Critical Theories of the State. Marxist, Neo-Marxist, Post-Marxist*, The University of Wisconsin Press, Madison, 220 p..
- BEAUDOIN, André (1987), *Le champ des services sociaux dans la politique sociale au Québec*, Gouvernement du Québec, Commission d'enquête sur les Services de santé et les services sociaux, 149 p..
- BÉLANGER, Paul R. et Benoît LÉVESQUE (1991), «La 'théorie' de la régulation, du rapport salarial au rapport de consommation. Un point de vue sociologique», *Cahiers de recherche sociologique*, no 17, pp. 17-51.
- BÉLANGER, Paul R. et Benoît LÉVESQUE (1988), «Une forme mouvementée de gestion du social : les CLSC», *Revue internationale d'action communautaire*, no 19/59, pp. 49-64.
- BERLEEN, Göran, Clas REHNBERG and Gunnar WENNSTRÖM, (1993), *The Reform of Health Care in Sweden*, Spri, Stockholm, 72 p..
- BOIVIN, Robert (1988), *Histoire de la Clinique des citoyens de Saint-Jacques (1968-1988)*, Montréal, VLB Éditeur, 260 p..
- BRUNELLE, Yvon, OUELLET, Denis et MONTREUIL, Sylvie (1988), *Des Organisations de soins intégrés de santé (OSIS) au Québec*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 57 p..
- BRUNELLE, Yvon et Denis OUELLET (1989), *Finlande, Norvège et Suède : points d'intérêt des systèmes de santé*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 48 p..
- CASTORIADIS, Cornélius (1975), *L'institution imaginaire de la société*, Paris, Seuil, 498 p..
- CCQ/MICST (1995), «Coop santé : une première au Québec», *Réseau Coop*, no 4.
- C.E.S. CLINICAS (s. d.), *Management, Efficiency, Service, Quality* (brochure d'information).
- COMEAU, Yvan, Raymonde BOURQUE et Yves VAILLANCOURT (1995), *Auxi-plus : monographie de l'Agence coopérative d'auxiliaires familiales de Montréal*, Chaire de coopération Guy-Bernier de l'UQAM, 47 p..
- COMEAU, Yvan (1991), «Les coopératives ambulancières au Québec», *Possibles*, 15, 3, pp. 93 à 100.

Comité de travail sur le développement de la formule coopérative dans le secteur de la santé (1991), *Rapport et recommandations*, Conseil de la coopération du Québec.

Community Health Services Association (Regina) Limited (1995), *Annual Report*, 20 p..

Conseil canadien de la coopération (1992), *Les coopératives de santé : état de la situation et perspectives d'avenir*, Document du 46^e Congrès annuel.

Conseil québécois du regroupement des coopératives de développement régional (1992), *Développement de la formule coopérative dans le domaine de la santé. Rapport et recommandations*, Québec, 20 p..

Conseil national du bien-être social (1976), *Le régime caché d'assistance sociale*, Ottawa, 42 p..

Coopesain, *Modelo de atencion en salud administrado por una cooperativa*, San José, Costa Rica, 22 p..

CRDI (1994), «Pour une recherche en santé qui compte», *Explore*, vol. 22, no 1, avril 1994, 26 p..

DESHMUKH, Vijay (1995), *Presentation of Shushrusha Citizens' Co-operative Hospital Limited*, Manchester, Second International Co-operative Health and Social Care Forum.

DOUGLAS Claire et Jim SCOTT (1978), "Siuslaw Rural Health Centre", *Win Magazine*, july 27.

ESPRIÚ, J. (1995), *Mrs Life*, Fundación Espriú, Barcelone.

FAVREAU, Louis et Yves HURTUBISE (1993), *CLSC et communautés locales. La contribution de l'organisation communautaire*, Sainte-Foy, PUQ, 228 p..

FELDSTEIN, Paul J. (1992), "The Changing Structure of the Health Care Delivery System in the United States", dans Marilyn M. ROSENTHAL et Marcel FRENKEL (eds), *Health Care Systems and Their Patients. An International Perspective*, Oxford, San Francisco, Boulder, Westview Press, pp. 21-36.

FORTIN, Denis (1988), *Riches contre pauvres. Deux poids, deux mesures*, Les Éditions Autogestionnaires, Québec, 233 p..

Gouvernement du Québec (1990), *Loi sur les coopératives*, L.R.Q. chapitre C-67.2.

GREMBOWSKI, David, Donald PATRICK, Paula DIEHR, Mary DURHAM, Shirley BERESFORD, Erica KAY et Julia HECHT (1993), "Self-Efficacy and Health Behavior Among Older Adults", *Journal of Health and Social Behavior*, 34, pp. 89 à 104.

GROULX, Lionel-Henri (1990), *Où va le modèle suédois?*, L'Harmattan et Les Presses de l'Université de Montréal, Paris-Montréal, 1990, 151 p..

Groupe de travail sur le développement du Mouvement coopératif canadien (1984), *Stratégie de développement coopératif pour le Canada*, Ottawa, 168 p..

IGLEHART, John K. (1988), "Japan's Medical Care System" dans Marilyn DE ROSENTHAL, Marcel M. FRENKEL, *Health Care Systems and their Patients. An International Perspective*, Oxford, San Francisco, Boulder, Westview Press, pp..

ILLICH, Ivan (1975), *Némésis médicale*, Seuil, Paris, 223 p..

ILLICH, Ivan (1973), *La convivialité*, Seuil, Paris, 1973, 160 p..

Indetec (Instituto de desarrollo tecnologico) (1994), *Medicoop R. L.: un estudio de factibilidad para la prestacion de servicios médicos*, Heredia, Costa Rica, 80 p..

Infocoop (Instituto Nacional de Fomento Cooperativo) (1987), *La cooperativa de autogestion*, San José, Costa Rica, 10 p..

Infocoop (Instituto Nacional de Fomento Cooperativo) (1992), *La cooperativa de cogestion*, San José, Costa Rica, 8 p..

JÖNSSON, Per Olof (1995), *Health Services and Social Care in Europe from a Cooperative Perspective*, Communication présentée au deuxième forum international des coopératives de santé, Manchester.

Kemporen (National Federation of Health Insurance Societies) (1994), *Health Insurance and Health Insurance Societies in Japan*.

Kemporen (1986), «Tendances et perspectives du régime de soins médicaux au Japon», *Revue internationale de sécurité sociale*, année XXXIX, no 1.

KETILSON, Lou Hammond et Michael QUENNEL (1990), *Community-Based Models of Health Care : A Bibliography*, Centre for the Study of Co-operatives, Saskatoon, 49 p..

LAVOIE, Danièle (1994), «Le ministre Paillé favorable au développement coopératif», *Réseau Coop*, vol. 2, no 2, novembre-décembre, p. 12.

LIPIETZ, Alain (1990), «Après-fordisme et démocratie», *Les Temps Modernes*, 524, pp. 97-121.

MACH, "Cooperatives Offer Health Care Options", *NCBA Cooperative Business Journal*.

MARÍN, Fernando et Mauricio VARGAS (1991), *Silos y empresas cooperativas de salud en Costa Rica*, San José, Costa Rica, 68 p..

MARTIN, Claude (1994), «Entre État et famille-providence», dans Jean-Louis LAVILLE (dir.), *L'économie solidaire*, Paris, Desclée de Brower, pp. 223-251.

MARWICK, Thomas E. and Lynden HILLIER (1990), *Brief to the House of Commons Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women*, Community Health Co-operative Federation of Saskatchewan, March, Issue no 20, 27 p..

MCCJCCU (1993), "Health is Top Priority", *Co-op Japan Information*, no 15, november.

MCCJCCU (1990), "Health is Top Priority", *Co-op Japan Information*, no 3, june.

Medical Co-op Committee of Japanese Consumers' Co-operative Union (JCCU) (1994), *The First Health-Medical Co-ops Meeting in the Asian Region, Proceedings*.

Medical Co-op Committee of Japanese Consumers' Co-operative Union and The National Welfare Federation of Agricultural Co-ops (1992), *International Health-Medical Co-op Forum*, Tokyo, October 22-23, 168 p..

MOWAT, Anne (1981), "Financing Co-operative Health Care : Square Pegs in a Round Role", *Credit Union Way*, October 14, pp. 12-14.

MOWAT, Anne (1981), "Health Co-operatives in the Prairies : Preventive, Holistic and Reformist", *Credit Union Way*, September 30, pp. 11-15.

NORRIS, Jan (1992), "Tomorrow's Health Care System : A New Role for the Consumer?", *Perception*, Canadian Council for Social Development, 17, 3, pp. 9-12.

OCDE (1992), *La réforme des systèmes de santé. Analyse comparée de sept pays de l'OCDE*, Paris, 165 p..

OCDE (1987), *La santé : financement et prestations. Analyse comparée des pays de l'OCDE*, Paris, 104 p..

OGINO, Toshio (1995), *Overview of Health and Medical Co-ops in Asia*, Manchester, Second International Co-operative Health and Social Care Forum.

ONU (1995), *Conditions for Further Expansion of Co-operative Enterprise in the Health Sector. Summary*, Geneva / New York.

ORMAECHEA, Jose Maria (1993), *The Mondragon cooperative experience*, Mondragon, Mondragon Corporacion Cooperativa, 211 p..

OUELLET, Line et VALLIÈRES, Marc (1986), *SSQ Mutuelle d'assurance-groupe 1944-1984. L'histoire d'un succès collectif*, Ste-Foy, SSQ Mutuelle d'assurance-groupe, 147 p.

PERRI 6 (1994), *Introduction to Part I : Public Policy, Social Policy and the Third Sector*, dans PERRI 6 ans Isabel VIDAL, *Delivering Welfare. Repositioning Non-profit and Co-operative Action in Western European Welfare States*, Centre d'Initiatives de l'Economia Social, Barcelona, pp. 21-37.

PIEROTTI, Jeremy Edes (1994), "Cooperative Health Care Offers Models for Change", *Cooperative Business Journal*, november, p. 9.

PIDGEON, Walter P. Jr (1994), "National Rural Health Association : A Key Player in the Health Care Reform Debate", dans *Cooperative Economic Summit Proceedings*, Washington, National Council of Farmer Coop, pp. 109-115.

PIEROTTI, Jeremy Edes (1994), "The National Coalition for Health Care Cooperatives", dans *American Cooperation 1994*, National Council of Farmer Cooperation, pp. 135-137.

PNUD (1991), *Breviario sobre los indicadores económicos y sociales del Istmo centroamericano*, Centroamérica, 59 p..

Policy Research and Management Services Branch (1983), *Community Clinic Study*, Regina, Saskatchewan Health.

RAYMOND, Carole, «Des services ambulanciers coopératifs», *Réseau Coop*, 1, 5, 1994, p. 8.

ROEMER, Milton I. (1991), *National Health Systems of The World. Volume One, The Countries*, New York / Oxford, Oxford University Press.

ROOM, Graham et Perri 6 (1994), *Welfare States in Europe and the Third Sector* dans PERRI 6 ans Isabel VIDAL, *Delivering Welfare*, Centre d'Initiatives de l'Economia Social, Barcelona, pp. 39-67.

ROSANVALLON, Pierre (1981), *La crise de l'État-providence*, Paris, Éditions du Seuil.

SABEL, Charles F. (1993), *Une stratégie empirique pour un nouveau mouvement ouvrier*, Colloque Gérard-Picard IV, CSN, Québec, 23 p..

Saitama Cooperative Hospital Information (dépliants d'information).

Secrétariat aux coopératives (1994), *Les coopératives canadiennes. Dossier d'information*. pp. 63-64.

STRYJAN, Yohanan (1994), "Co-operatives in the Welfare Market : The Swedish case" dans Perri 6 et Isabel Vidal, *Delivering Welfare. Repositioning Non-profit and Cooperative Action in Western European Welfare State*, Barcelona, Centre d'Initiatives de l'Economia Social, pp. 305-341.

TELLIER, Gilles (1990), «La Coopérative du service régional d'approvisionnement (CSRA), une coopérative pas comme les autres», *Info-Coop*, 5, 5, janvier-février, p. 8.

THOMPSON, David, "Health Care. A Cooperative Solution", *NCBA Cooperative Business Journal*.

Unimed (1995), (Présentation du complexe coopératif).

VAILLANCOURT, Yves (1993), *Chronologie des politiques sociales concernant le Québec de 1921 à 1992*, UQAM, 11 p..

VAILLANCOURT, Yves (1988), *L'évolution des politiques sociales au Québec 1940-1960*, Montréal, PUM, 513 p..

VAILLANCOURT, Yves, MATHIEU, Réjean, JETTÉ, Christian, et BOURQUE, Raymonde (1993), *La privatisation des services de santé et des services sociaux au Québec en 1993 : Rapport d'étape d'une recherche en cours*, UQAM, Département de travail social, 56 p..

WISMAN, Jon D. dans Jon D. WISMAN (ed.) (1991), *Worker Empowerment. The Struggle for Workplace Democracy*, New York, The Bootstrap Press, 166 p..

Annexe 1 : Liste des sigles et abréviations

ACI	Alliance coopérative internationale
CCA	Canadian Co-operative Association
CCSS	Caisse costaricienne d'assurance sociale (Costa Rica)
CCQ	Conseil de la coopération du Québec
CLSC	Centre local de services communautaires (Québec)
CSRA	Coopérative de service régional d'approvisionnement (Québec)
EBAIS	Équipe de base d'attention intégrale en santé (Costa Rica)
FTQ	Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec
JCCU	Japanese Consumers' Co-operative Union
MCCJCCU	Medical Co-op Committee of JCCU
OCDE	Organisation pour la coopération et le développement économique
OIT	Organisation internationale du travail
OMS	Organisation mondiale de la santé (WHO)
ONG	Organisation non gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies
PIB	Produit intérieur brut
PNB	Produit national brut
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
SILOS	Système local de santé (Costa Rica)
SSQ	Services de santé de Québec
UNICEF	Fonds des Nations Unies de secours d'urgence à l'enfance
WHO	World Health Organization (OMS)

Annexe 2 : Importance de la branche des soins médicaux en 1984

Pays	Part des dépenses totales de santé dans le PIB
Australie	6,60
Autriche	4,40
Belgique	5,70
Canada	6,20
Danemark	5,30
Finlande	5,40
France	6,50
Allemagne	6,40
Grèce	3,60
Islande	6,50
Irlande	6,90
Italie	6,10
Japon	4,80
Pays-Bas	6,80
Nouvelle-Zélande	4,40
Norvège	5,60
Portugal	3,90
Espagne	4,20
Suède	8,60
Royaume-Uni	5,30
États-Unis	4,40
Moyenne	5,60

Source : OCDE, 1987 : 12.

Annexe 3 : Statistiques générales de certains pays (1992)

Pays	Indicateur de développement humain ¹ (1992)	PIB par habitant (\$ ajusté)	Espérance de vie à la naissance	Taux d'alphabétisation des adultes 0/0	Années de scolarité	Nombre de médecins 0/00	Mortalité infantile 0/00
Canada	0,93	19320,00	77,20	99,00	12,20	2,2 ⁵	7 ²
Japon	0,93	19390,00	78,60	99,00	10,80	1,6 ²	5 ²
Suède	0,93	17490,00	77,70	99,00	11,40	2,9 ³	6 ⁵
États-Unis	0,93	22130,00	75,60	99,00	12,40	2,3 ²	10 ²
Italie	0,89	17040,00	76,90	97,40	7,50	4,25 ⁶	10 ²
Espagne	0,89	12670,00	77,40	98,00	6,90	3,9 ³	8 ²
Costa Rica	0,85	5100,00	76,00	93,20	5,70	0,97 ⁵	14 ²
Panama	0,82	4910,00	72,50	89,60	6,80	1,19 ⁵	21 ²
Brésil	0,76	5240,00	65,80	82,10	4,00	1,49 ²	63 ⁷
Inde	0,38	1150,00	59,70	49,80	2,40	0,41 ²	96 ²

Source : *L'État du monde 1995*.

¹ Indicateur de développement humain : indice synthétique du PNUD comprenant le niveau de santé (espérance de vie à la naissance, niveau d'instruction - taux d'alphabétisation des adultes et nombre d'années d'études) et le revenu (PIB par habitant).

² 1990.

³ 1991.

⁴ 1992.

⁵ 1993.

⁶ 1986.

⁷ 1982.