

Biens en soins de santé appartenant à la collectivité

PAR RAY RUPERT

Si les habitants de New Glasgow en Nouvelle-Écosse, Brampton en Ontario, Port Alberni en Colombie-Britannique ou Rogersville au Nouveau-Brunswick veulent se doter d'une aréna de hockey, ils rassemblent les capitaux et cherchent à obtenir des fonds de contrepartie pour la construire. (Brampton l'a fait et aujourd'hui, tout le monde sait qu'il s'agit de la ville natale de Wayne Gretzky.) Il est clair que les collectivités ont le droit de financer des actifs spéciaux.

Malheureusement, nombre de collectivités ne semblent pas comprendre que le même droit s'applique aux actifs relatifs aux soins de santé, ou ne savent pas comment exercer ce droit et attendent plutôt que les planificateurs du système central de services de santé leur fournissent ces actifs. Elles ont vraiment tort!

Évidemment, les actifs relatifs aux soins de santé requièrent une planification plus élaborée que d'autres, ainsi que des travailleurs du savoir, tels que des médecins, des infirmières et des techniciens, pour travailler dans ces actifs ou pour s'en servir. Les provinces imposent des restrictions quant à la propriété et à l'utilisation de certains actifs relatifs aux soins de santé, comme les appareils IRM. Cependant, de nombreux autres ne font l'objet d'aucune restriction de ce genre et nul n'est plus apte à définir les besoins concernant ces actifs que les membres de chaque collectivité.

Cette façon de voir procède de la logique des systèmes complexes selon laquelle la participation locale est essentielle à l'optimisation de leur fonctionnement. Il est probable que les besoins d'une collectivité passive, qui attend qu'un planificateur éloigné des services de santé décide quel actif il convient de

financer (clinique, hospice, échographe doppler couleur, tomodynamomètre, par exemple) et à quel endroit l'installer, ne soient pas satisfaits correctement.

Même une collectivité active qui précise les besoins locaux et les communique aux décideurs éloignés peut être déçue. Dans la course aux soins de santé, il y a des gagnants et des perdants. La concurrence pour les actifs et le financement s'étend à tout le système. Certaines collectivités obtiennent ces actifs et d'autres non. Celles dont le pouvoir économique, le pouvoir de négociation, le nombre de relations et la volonté politique sont les plus importants sont plus susceptibles de l'emporter que les autres.

Une collectivité qui n'arrive pas à concurrencer les autres en vue d'obtenir des actifs et des fonds peut faire la quête et rassembler les fonds localement. Cela se fait tous les jours. Les fonds privés donnés par les membres de la collectivité représentent une part importante des capitaux employés par les hôpitaux.

Si un hôpital acquiert des actifs grâce à des fonds qui lui sont donnés par la collectivité, il en est le propriétaire. Si l'hôpital possède les actifs, la collectivité n'a aucun moyen (sauf par l'intermédiaire du conseil d'administration de l'hôpital) de participer directement aux décisions concernant leur utilisation ou leur réaffectation. Propriété de l'hôpital n'est pas synonyme de propriété de la collectivité.

Une autre option consiste à ce que la collectivité proprement dite possède et gère les actifs relatifs aux soins de santé en établissant une coopérative. Il s'agit d'un modèle de gouvernance très ancien. Les producteurs laitiers, les producteurs d'œufs et les pisciculteurs créent des coopératives pour partager les actifs en vue de répondre à leurs besoins. De même, la structure de la coopérative et les règles qui y sont inhérentes (un vote par membre) offrent aux collectivités un moyen démocratique

de posséder et d'exploiter les actifs relatifs aux soins de santé.

Supposons que les dirigeants de la collectivité hypothétique A choisissent de financer et de posséder un nouvel actif relatif aux soins de santé. La collectivité montre qu'il est nécessaire de construire un nouvel hospice en s'appuyant sur un plan solide et une prévision claire des besoins. Le budget d'investissement est estimé à 950 000 \$ pour la construction et l'équipement. Cette collectivité crée une coopérative avec l'aide d'un avocat amiable qui connaît les ficelles du métier. La coopérative est dotée d'un conseil d'administration qui s'arrange pour rassembler les fonds auprès de la collectivité.

Cette première étape du budget d'investissement est facile. L'étape difficile pour la collectivité A est de trouver maintenant les sources du *budget d'exploitation* de l'hospice. Le budget d'investissement sert à financer l'acquisition de l'actif. Le budget d'exploitation finance son fonctionnement, comme les salaires des techniciens, les nouvelles pièces, les frais de réparation, l'électricité et ainsi de suite. Toute personne qui a déjà acheté un ordinateur flambant neuf, puis a dû embaucher un maniaque de la technologie pour le faire fonctionner, sait à quel point il est futile d'avoir un budget d'investissement si l'on n'a pas de budget d'exploitation. Si le premier possède tout l'éclat, c'est le second qui livre l'or.

La collectivité pourrait faire la demande de fonds d'exploitation auprès des planificateurs du système central de services de santé, mais ceux-ci pourraient ne pas l'approuver. Même s'ils prêtent une oreille favorable à cette expression d'un besoin local, ils ne disposent que de fonds discrétionnaires limités. Pour ce qui est des dépenses publiques en infrastructure communautaire, en 1961, Ottawa a dépensé 33 cents, et les provinces 30 cents,

par dollar. En 2005, les dépenses d'Ottawa étaient de 13 cents et celles des provinces, de 58 cents. Le ralentissement de l'investissement en infrastructure a entraîné une diminution significative du stock net de capital dans tous les types d'infrastructure communautaire, c'est-à-dire les routes et les ponts, mais aussi les services de santé, y compris les hôpitaux, les cliniques, la technologie de l'information, la technologie d'imagerie et les ressources en matière de santé publique. Le financement de l'infrastructure au moyen des recettes générales ne fournit pas suffisamment de capitaux pour répondre à

première. Personne ne s'y attendait. La collectivité B a financé le budget d'investissement pour le doppler, mais les planificateurs du système de santé contrôlent le budget d'exploitation. Sans ce financement, l'actif ne peut être mis en fonctionnement. La collectivité est prise en otage à cause du contrôle exercé par les planificateurs du système de santé sur les fonds d'exploitation.

D'accord, mais ensuite? Les membres de la collectivité B ont bloqué les routes jusqu'à ce que la régie de la santé fasse marche arrière. S'ils avaient décidé de réunir les capitaux d'exploitation au sein

une entreprise de facturation électronique desservant les cabinets de médecins, créée par un groupe de médecins. Elle a collaboré avec une coopérative de soins de santé des Maritimes à la collecte de sommes mensuelles modestes auprès des membres de la collectivité en vue de payer les services de soins de santé complémentaires (c.-à-d. non couverts par l'assurance provinciale) prodigués à la clinique de la coopérative.

Brièvement :

- Les collectivités ont le droit d'être propriétaires des actifs relatifs aux soins de santé.
- Les collectivités sont les mieux placées pour définir les besoins locaux d'actifs relatifs aux soins de santé.
- Les collectivités ont l'option de financer les budgets d'investissement pour l'acquisition d'actifs relatifs aux soins de santé.
- Les collectivités peuvent être propriétaires des actifs relatifs aux soins de santé par l'entremise d'une entité à propriété partagée telle qu'une coopérative.
- Les collectivités ont l'option de financer les budgets d'exploitation des actifs relatifs aux soins de santé.
- Les collectivités peuvent participer activement à l'amélioration de l'infrastructure communautaire de services de santé.



Le budget d'investissement sert à financer l'acquisition de l'actif. Le budget d'exploitation finance son fonctionnement. Il est futile d'avoir un budget d'investissement si l'on n'a pas de budget d'exploitation. Si le premier possède tout l'éclat, c'est le second qui livre l'or.

la demande rapidement croissante de services de santé.

C'est vrai, les planificateurs centraux pourraient tout simplement accepter de fournir un budget d'exploitation pour l'investissement en immobilisations de la collectivité. Mais cela aussi a des conséquences.

Par exemple, supposons que la collectivité B décide de financer un échographe doppler couleur (une machine à ultra-sons) moderne. La levée de fonds est couronnée de succès et la machine est achetée. La régie régionale de la santé accepte de fournir le budget d'exploitation. Une cérémonie est organisée et les dirigeants locaux se font photographier avec les membres du conseil d'administration de l'hospice. Tout le monde est satisfait.

Puis, tout se gâte vraiment quand la régie de la santé décide de transférer le doppler de la collectivité B à la collectivité C sans consulter les membres de la

de la collectivité, la propriété de l'actif n'aurait pas pu être mise en doute.

Si les planificateurs du système central de santé sont des partenaires aussi imprévisibles, que doit faire la collectivité A? Qu'en serait-il si elle décidait de prélever un petit montant mensuel chez les membres de la collectivité qui choisissent de contribuer au budget d'exploitation de l'hospice? Cette option semble possible, mais la collecte et la distribution de ces sommes d'argent peuvent être onéreuses si plusieurs centaines de personnes remettent un chèque mensuellement. Les systèmes de facturation modernes permettent de recueillir électroniquement de petites contributions mensuelles (préautorisées ou versées à un guichet automatique) et de les transmettre à l'hospice de façon très économique. Ce genre de services peut être obtenu auprès d'une caisse populaire communautaire ou auprès de Doctors Care Cooperative (www.dcc1.ca). DCC est

RAYMOND RUPERT est un médecin de famille qui exerce à Toronto. Il possède des connaissances étendues et variées dans les domaines de l'innovation, de la pensée créative, de la création de nouvelles entreprises, du financement de projets, des technologies applicables aux soins de santé et de la fine cuisine. Vous pouvez lui écrire à Raymond.rupert@rogers.com.

On recommande au lecteur de consulter les travaux qui suivent sur le droit de propriété de la collectivité publiés par le ministère des Collectivités et de l'Administration locale du gouvernement du Royaume-Uni (www.communities.gov.uk) :

- Government of the United Kingdom. *Communities Taking Control: Final Report of the Cross-Sector Work Group on Community Management and Ownership of Assets*. London: Office of the Deputy Prime Minister, 2006.
- Government of the United Kingdom. *Community Assets: The benefits and costs of community management and ownership*. London: Civil Renewal Unit, Department of Communities and Local Government, 2006.