

Mémoire de la
Fédération des travailleurs et
travailleuses du Québec (FTQ)



présenté à la
Commission royale
sur l'avenir des soins de santé au Canada

Mars 2002

Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec
545, boul. Crémazie Est, 17^e étage
Montréal (Québec) H2M 2V1
Téléphone : (514) 383-8000
Télécopie : (514) 383-8001
Site : <http://www.ftq.qc.ca>

Dépôt légal – 1^{er} trimestre 2002
Bibliothèque nationale du Québec
ISBN 2-89480-105-X

Table des matières

| | |
|---|-----------|
| Préambule | 5 |
| Le respect des champs de compétence | 6 |
| Préserver et améliorer le système public de santé : les principes de la loi canadienne | 8 |
| Préserver et améliorer le système public de santé : le cœur du débat | 10 |
| Préserver et améliorer le système public de santé : la question du financement | 12 |
| En conclusion..... | 14 |
| Annexe 1 | |
| Nos recommandations à la Commission sur le déséquilibre fiscal (décembre 2001)..... | 15 |
| Annexe 2 | |
| Mémoire de la FTQ présenté à la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux dans le cadre de la Consultation publique sur le financement et l'organisation des services de santé et des services sociaux (Québec, septembre 2000) | 16 |

« *La maladie qui nous atteint tous un jour ou l'autre est déjà suffisamment pénible à supporter : le coût des soins doit être pris en charge par la société tout entière.* »

Santé Canada, *Pour une assurance-santé universelle*, Ottawa, 1983.

Préambule

Monsieur le Président, l'Honorable Roy Romanow,

Forte au Québec de plus de 500 000 membres, la Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec joint aujourd'hui sa voix à celles de millions d'autres, regroupées au sein du Congrès du travail du Canada, de la Coalition canadienne de la santé ainsi que de la Coalition solidarité-santé du Québec, qui se lèvent aujourd'hui debout, ensemble, pour défendre tant le droit fondamental de tout être humain à la santé que les conditions d'exercice de ce droit que sont l'accessibilité, la gratuité et l'universalité des soins.

Ce qui nous amène aujourd'hui devant vous se résume en peu de mots : c'est l'affirmation du caractère intouchable des principes qui sous-tendent notre système de santé et que nous défendons sans relâche au Québec, à savoir son caractère public, sa couverture universelle, son accessibilité pleine et entière et ce, sans aucune entrave de quelque nature que ce soit.

Bien que nous réaffirmions à chaque fois que la santé et les programmes sociaux relèvent exclusivement des provinces, nous savons également que la *Loi canadienne sur la santé* agit comme une contrainte dans la remise des sommes qui leur sont consenties. Nous savons aussi que cette loi édicte précisément les principes qui nous tiennent à cœur et que nous venons de vous mentionner.

Modifier aujourd'hui ces principes ouvrirait la porte à un désengagement inacceptable de l'État et supprimerait une solide garantie du maintien de systèmes provinciaux fondés sur ces mêmes principes. Nous tenons à vous demander aujourd'hui de protéger ces acquis et d'empêcher que dans une simple fissure, tout le reste s'engouffre.

Les intentions déjà manifestées par quelques groupes et certains gouvernements provinciaux nous inquiètent au plus haut point, car elles constituent autant de points d'appui pour les velléités de ceux qui aspirent à la privatisation des soins de santé. Nous souhaitons ardemment que les recommandations de votre Commission puissent y mettre un frein.

Nous vous entretiendrons successivement de la nécessité du respect des champs de compétences, du bien-fondé des principes de la *Loi canadienne sur la santé*, de notre détermination à défendre un système de santé public, accessible et universel ainsi que de son financement.

Le respect des champs de compétence

La défense du droit à la santé et des principes qui lui sont sous-jacents ne saurait donc être dissociée du respect des responsabilités respectives que se sont donné le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et qui sont consignées dans l'Acte constitutionnel du Canada.

Vous n'êtes pas sans savoir, Monsieur le Président, que dès l'origine, ce sont les provinces qui ont été désignées pour assurer, de façon exclusive, la dispense des soins de santé dans chacun de leur territoire. Mais depuis la Loi de 1867, cette compétence législative exclusive a souvent été heurtée.

Au lendemain de la Seconde guerre mondiale, par exemple, alors que les provinces ont voulu reconquérir les pouvoirs fiscaux qu'elles avaient confiés au gouvernement fédéral afin de soutenir l'effort de guerre. Ottawa a certes restitué une partie de l'espace fiscal aux provinces, mais très rapidement, cet espace n'a pas suffi à satisfaire l'explosion des dépenses de programmes des provinces, de là le début de l'empiétement fédéral dans l'espace provincial pour combler un vide causé par l'insuffisance des ressources dont disposaient les gouvernements des provinces. Les débats concernant les relations fiscales fédérales-provinciales étaient dès lors enclenchés et n'ont cessé depuis lors. La publication, le 7 mars dernier, du rapport de la Commission québécoise sur le déséquilibre fiscal est là pour nous le rappeler¹.

Les coupes draconiennes dans le financement de la santé et des programmes sociaux décrétées par le gouvernement fédéral au début des années 1980 — qui n'ont par ailleurs cessé d'empirer depuis — en poussent plusieurs à penser que cette stratégie fédérale de sous-financement ne traduit pas autre chose que la volonté du gouvernement fédéral de pénétrer encore plus ce champ des compétences provinciales qu'est la santé, et d'exercer un pouvoir encore plus centralisateur. Nous ne sommes pas loin de ceux-là...

Pourtant, en 1939 déjà, la Commission royale Rowell-Sirois sur les relations entre le Dominion et les provinces avait déjà clairement affirmé qu'il fallait chercher à laisser une réelle autonomie aux provinces, sans condition et sans contrôle, en leur garantissant les revenus nécessaires pour exercer leurs fonctions et assurer leur développement social et culturel. Chaque province avait besoin d'une politique de développement appropriée et la seule norme qui devait être respectée, c'était la politique définie par la province elle-même. Sans ingérence, donc.

Mais les conclusions de la Commission Rowell-Sirois n'ont pas suffi. Le Québec a dû de manière incessante réclamer le respect de ses compétences et de son autonomie, de

¹ La FTQ a présenté un mémoire à la Commission québécoise sur le déséquilibre fiscal le 4 décembre 2001. Nous reproduisons à l'Annexe I les recommandations soumises à cette occasion par la FTQ.

même que sa reconnaissance comme société distincte. L'opposition historique — quelle que soit leur allégeance politique — de l'ensemble des gouvernements du Québec à l'intrusion du gouvernement fédéral dans la sphère provinciale et plus particulièrement en matière de politique sociale n'a cessé de procéder de cette quête d'autonomie et du respect du partage des compétences fédérales-provinciales.

Nous sommes là devant vous aujourd'hui pour réaffirmer ces fondements, une fois encore.

Cela dit, il faut composer avec l'existence de la *Loi canadienne sur la santé*.

Préserver et améliorer le système public de santé : les principes de la loi canadienne

La loi canadienne énonce les conditions d'octroi et de versement que les provinces doivent respecter pour recevoir la totalité des contributions fédérales en espèces au titre du *Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux* (TCSPS). Parce qu'elle est contraignante, cette loi représente de plus en plus un irritant majeur pour certaines provinces parce que précisément, elle est une illustration de l'empiétement fédéral dans les affaires provinciales. Malgré cela, nous ne pouvons être en désaccord avec les prémisses qui ont présidé à l'adoption de cette loi.

Ces conditions sont :

1. la **gestion publique** : le régime de santé d'une province doit être géré sans but lucratif par une autorité publique;
2. l'**intégralité** : tous les services fournis par les hôpitaux et les médecins doivent être assurés;
3. l'**universalité** : toutes les personnes doivent avoir droit aux services de santé assurés selon des modalités uniformes;
4. la **transférabilité** : le paiement des coûts des services assurés se poursuit lorsqu'une personne déménage ou voyage au Canada ou à l'étranger;
5. l'**accessibilité** : l'accès à des services hospitaliers et médicaux nécessaires doit être libre de tout obstacle financier ou autre.

La loi canadienne interdit également toute surfacturation ou imposition de frais modérateurs.

C'est d'ailleurs pour faire écho à des préoccupations de cet ordre que la *Loi canadienne* fut adoptée en 1984. En effet, un examen des services de santé entrepris en 1979 par le juge Emmett Hall avait laissé entendre que les soins de santé au Canada se classaient parmi les meilleurs au monde mais «*que la surfacturation pratiquée par certains médecins et les frais modérateurs imposés par certains hôpitaux créaient un système à deux vitesses qui menaçait l'accessibilité des soins.*²»

Plus de vingt ans après le verdict du juge Emmett Hall, force aujourd'hui est de constater qu'à peu près partout au Canada, la préoccupation de l'émergence d'un système de santé à deux vitesses refait surface.

² Santé Canada, Site Internet, www.hc-sc.gc.ca/medicare/homef.htm.

Se fondant soi-disant sur un débordement et une incapacité grandissante du système public de satisfaire à la demande, les pressions pèsent de plus en plus lourdement pour favoriser l'apparition d'un sous-secteur lucratif de la santé, par la voie de la privatisation.

À la FTQ, nous avons eu l'occasion, à plusieurs reprises, de faire connaître nos positions sur cette question, en l'occurrence et au premier chef, sur la défense de l'intégralité du caractère public du système de soins de santé et de services sociaux.

La dernière grande consultation publique au Québec a eu lieu à l'automne 2000, devant ce qu'il a été convenu d'appeler la Commission Clair, du nom de son président Michel Clair. La FTQ a participé à cette consultation sur le financement et l'organisation des services de santé et des services sociaux. Les fondements de notre position sont consignés dans le Mémoire produit pour cette circonstance et joint ici à l'Annexe II. Bien que nous en rappelions ci-dessous l'essentiel en ce qui concerne le financement, nous vous invitons bien humblement à parcourir ce dernier afin de connaître plus en détail les orientations que nous avons soumises à la Commission québécoise.

Mais avant de vous rappeler les motivations qui nous animent, permettez-nous de vous rappeler une fois de plus — nous savons que nous sommes loin d'être les premiers — ce que représente pour nous le terme santé dans son sens générique :

*«La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social,
et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.»*

[Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé,
signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États]

Sans que nous y fassions référence à chaque fois, sachez, Monsieur le Président, que lorsque nous parlons de l'amélioration du système de santé, nous avons en tête non seulement la distribution de soins curatifs et thérapeutiques mais aussi le recours à la prévention socioéconomique et au déploiement de mesures visant à combattre les contrecoups sanitaires des phénomènes sociaux que sont la pauvreté, le chômage, le manque d'éducation.

Préserver et améliorer le système public de santé : le cœur du débat

La diminution des transferts fédéraux au Québec et les coupes successives subies par notre système de santé ont exacerbé les problèmes organisationnels vécus tant par la population que par ceux et celles qui y travaillent et qui, croulant sous les tâches, sont à la limite de l'épuisement professionnel. Pour la population, l'accès aux services constitue le problème principal : pénurie de médecins dans les régions, longues distances à parcourir, difficultés à trouver un médecin de famille, trop longs délais pour les rendez-vous, engorgement des urgences, listes d'attentes pour les chirurgies et traitements, manque de lits de soins de longue durée, insuffisance des soins à domicile, clientèles désinstitutionnalisées laissées pour compte, etc.

Bien que plusieurs de ces problèmes ne soient pas nouveaux, la médiatisation qui en est aujourd'hui faite tend à orienter la réflexion vers des solutions qui se trouveraient en dehors du système public actuel, c'est-à-dire du côté de la privatisation. «*Qui veut noyer son chien l'accuse de la rage.*», écrivait Molière. C'est exactement ce qui se passe dans le réseau de la santé. À force de saigner à blanc les programmes publics de santé et de services sociaux, on amène subrepticement la population à lorgner du côté du secteur privé. Les forgers de pensées réussissent malheureusement trop souvent à manier l'opinion publique.

Un rapport préparé par l'*Institut canadien d'information sur la santé*, publié en novembre 1998, faisait état de ce que les dépenses privées liées aux consultations médicales étaient passées de 77 millions de dollars en 1986, à 92 millions \$ en 1991 et à 123 millions \$ en 1996. À défaut d'agir pour freiner cette évolution, il y a lieu de s'attendre à ce qu'au sein même du réseau de la santé, des intervenants soient de plus en plus gagnés par l'appât d'honoraires empochés à l'aide de prestations privées³.

Pourtant, et vous avez entendu de nombreux témoignages, la démonstration a été faite à plusieurs reprises que le secteur privé est encore plus coûteux que le secteur public et qu'il ne règle en rien les problèmes d'accessibilité. Qu'il suffise de penser au temps d'attente plus court pour les chirurgies de la cataracte pratiquées dans le secteur public au Manitoba et en Alberta. Mentionnons également un article du *New England Journal of Medicine* (1997) qui fait état d'une étude effectuée auprès de 5 201 hôpitaux de soins aigus aux États-Unis : les hôpitaux à but lucratif coûteraient 25 % de plus que les établissements publics. La même revue mentionnait qu'en 1999, les résultats d'une autre étude faite auprès de tous les centres de dialyse des États-Unis concluaient que le taux de mortalité des patients en établissement privé étaient 20 % supérieur à celui de ceux

³ Selon un article paru dans *Médecine/sciences* en 1997 sur le «modèle» de santé américain, «*Les médecins, pour beaucoup responsables d'un système devenu aussi coûteux qu'inflationniste, continuent d'ailleurs à défendre avec fierté et vigueur, sinon avec succès, leur statut d'entrepreneurs libres, face aux nouveaux leaders économiques de l'ère du managed care que sont devenus aujourd'hui les assureurs.*»

qui étaient soignés en établissement public et que ces patients avaient 26 % moins de chance d'être mis sur une liste d'attente pour une transplantation rénale. Et ce, pendant que 44 millions d'Américains, dont 35 millions de personnes âgées, sont laissés sans assurance santé...

Nous nous levons donc contre toute tentative d'instauration de prestation privée de services de santé et de programmes sociaux comme biens et services réduits au rang de marchandises commerciales régies par les forces du «libre marché». Puisqu'il s'agit d'une prérogative fédérale, le Canada doit tout mettre en œuvre pour exclure la santé et les services sociaux de tout accord de libre-échange ou de tout autre accord sur le commerce des services.

Nous vous soumettons, Monsieur le Président, que la part du privé dans le financement des prestations atteint déjà un niveau plus que suffisant. Au Québec, les dépenses privées couvrent des services partiellement couverts ou non par l'État, comme les soins dentaires et oculaires et certains services pharmaceutiques. Les usagers sont également mis à contribution pour l'hébergement dans les centres hospitaliers de soins de longue durée ainsi que dans les centres privés autofinancés. De 1991 à 1998, les dépenses publiques de santé au Québec ont cru à un taux annuel moyen de 0,7 %, contre 5,0 % pour les dépenses privées, et la part des dépenses privées atteint actuellement plus de 30 % des dépenses de santé totale. C'est déjà plus qu'il n'en faut.

Au Québec, mais aussi ailleurs au Canada, la population est toujours en faveur d'un système de santé public offrant une couverture universelle de soins. Nous croyons que le réseau public a fait toutes ses preuves quant à sa capacité d'offrir des soins et des services de qualité à tous, dans le respect des principes qui ont notamment inspiré la *Loi canadienne*.

Ce système fait face actuellement à un problème de financement, nous ne pouvons le nier. Pour nous, la solution, loin de résider du côté de la privatisation, se trouve dans le rapatriement des sommes que le gouvernement fédéral a de plus en plus réduites à peau de chagrin, ainsi que dans l'utilisation judicieuse de l'argent des citoyens et des citoyennes en vue d'une réorganisation efficace du réseau, en intégrant étroitement prestation de soins et prestation de services sociaux et en développant une vision plus à long terme, axée à la fois sur les aspects préventifs, curatifs et palliatifs.

Nous aimerions maintenant traiter de l'épineuse question du financement.

Préserver et améliorer le système public de santé : la question du financement

La part du financement fédéral en espèces des dépenses des provinces en santé, en éducation et en services sociaux est passée de 50 % avant 1977, à 22,7 % en 1984-1985 et en 1998-1999, elle était de 11,2 % seulement. Si aucun coup de barre n'est donné, il faut désormais craindre une accentuation de cet étiolement.

Ces craintes se font sentir dans les officines mêmes du gouvernement fédéral. Ainsi, dans une étude intitulée *La Loi canadienne sur la santé : aperçu et options*, Odette Madore, de la Division de l'économie de la Direction de la recherche parlementaire du gouvernement canadien, écrit :

«Depuis 1986, le gouvernement fédéral limite le taux de croissance des transferts qu'il verse au titre des soins de santé. Qui plus est, le nouveau mode de financement global qu'il a adopté, le TCSPS, se traduit par des réductions dans les paiements de transfert. Cette situation a entraîné une baisse des recettes des gouvernements provinciaux, qui demeurent responsables de la prestation des soins de santé.»

(Document rédigé le 13 janvier 2000, site Internet du Parlement du Canada, p.14)

Or, il faut s'attendre dans les années qui viennent à une baisse relative encore plus grande des recettes des gouvernements provinciaux.

Il y a quelques jours à peine, le *Conference Board of Canada* publiait une étude sur la *Projection des équilibres financiers des gouvernements du Canada et du Québec jusqu'en 2019-2020* dans le cadre des travaux de la Commission québécoise sur le déséquilibre fiscal. Les résultats de cette étude montrent que les équilibres financiers des deux ordres de gouvernement évoluent de manière divergente :

«À la fin de la période de prévision, le gouvernement du Québec devra réaliser un effort budgétaire de 4,8 milliards de dollars s'il veut atteindre l'équilibre budgétaire alors qu'au même moment, les surplus du gouvernement fédéral s'élèveront à 87,8 milliards de dollars. (...) Les pressions exercées par les dépenses de santé, qui croissent au rythme annuel moyen de 4,8 %, soit beaucoup plus rapidement que les revenus budgétaires (3,1 %), sont une des principales causes de la difficulté du gouvernement du Québec... Il en résulte que d'ici 2019-2020, le gouvernement fédéral est en mesure de maintenir sa structure de dépenses actuelle tout en remboursant presque en totalité sa dette, tandis que le gouvernement du Québec voit celle-ci s'accroître de 57 % au cours de la même période.»

(Conference Board of Canada, op. cit., p. ii)

Voilà pourquoi, en décembre dernier, la FTQ a exigé la remise des transferts fédéraux aux fins des programmes sociaux (actuellement le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux) à leur niveau d'avant la vague de coupes qui se sont succédées à compter de 1984-85, alors qu'ils représentaient tout près de 23 % des dépenses des provinces en santé, en éducation et en services sociaux. Le TCSPS ainsi calculé devrait être versé sous forme de points d'impôt sur le revenu des particuliers plutôt qu'en espèces, ce qui réglerait la question à long terme, de façon transparente et structurée. Le transfert sous forme de points d'impôt comporte un attrait supplémentaire, puisque la valeur de ces points d'impôt suit l'évolution de la croissance économique. Il comporte donc un caractère de prévisibilité et de stabilité. De plus, contrairement aux autres sources de revenus, l'impôt sur le revenu bénéficie d'un effet de levier : à chaque hausse de 1 % des revenus assujettis à l'impôt des particuliers correspond une hausse de 1,2 % des rentrées fiscales dans un régime d'impôt indexé.

Nous aimerions maintenant dire quelques mots sur la différenciation des capacités fiscales entre les provinces et sur le moyen que le gouvernement fédéral a utilisé depuis 1957 pour y répondre, à savoir la péréquation. Les paiements de péréquation visent à permettre à l'ensemble des provinces d'offrir des services publics relativement comparables. Rappelons que la Conférence des ministres des Finances en juin 2001 a invité le gouvernement fédéral à respecter son engagement de septembre 2000 de supprimer le plafond à la péréquation et de permettre l'augmentation des paiements de péréquation au rythme de la croissance du PIB nominal. Ils ont également rappelé les déficiences de la norme actuelle de calcul de la péréquation basée sur cinq provinces et évoqué la nécessité de revenir à la norme des 10 provinces.⁴

Mentionnons également que des propositions concrètes de modification des mécanismes de la péréquation ont été faites notamment par des économistes de l'Institut C.D. Howe, comme Thomas Courchene, Paul Boothe et Derek Hermanutz, visant à remplacer le système actuel par un système de péréquation strictement interprovinciale, excluant le gouvernement fédéral et fondé sur une redistribution de points d'impôt.

Nous nous sommes prononcés en faveur de mesures qui iraient dans le sens de la suppression du plafond et d'une augmentation des paiements de péréquation au rythme de la croissance du PIB nominal. Nous avons aussi estimé que la recherche de nouvelles normes de répartition tenant compte entre autres de la pauvreté relative des provinces présentait pour nous un intérêt certain, puisque nous souhaitons, ici comme ailleurs, que les soins et les services sociaux offerts à la population soient tous régis par les principes qui inspirent la *Loi canadienne sur la santé*.

⁴ La norme mesure la capacité fiscale des cinq provinces dites à «revenu moyen». Il s'agit du Québec, de l'Ontario, du Manitoba, de la Saskatchewan et de la Colombie-Britannique. La péréquation amène la capacité fiscale des provinces les moins prospères à cette norme. L'utilisation d'une norme basée sur 10 provinces élèverait le niveau de la norme, ce qui profiterait aux provinces moins prospères.

Sachez enfin, Monsieur le président, que la FTQ a profité de toutes les occasions pour saisir le gouvernement du Québec de ses revendications à l'égard du financement des services publics et soyez assuré qu'elle continuera de le faire. Toutefois, il va sans dire que la récupération par Québec des sommes que lui doit le gouvernement fédéral serait à ce propos une source appréciable d'allègement.

En conclusion

La FTQ s'adresse à cette Commission afin que cette dernière fasse les représentations nécessaires pour que le gouvernement fédéral s'engage à :

1. Réaffirmer le caractère inaliénable du droit fondamental de tout être humain à la santé, par la reconnaissance d'un accès universel, public et gratuit, selon les besoins et sans aucune considération financière.
2. Intervenir activement pour protéger la santé et les services sociaux de tout projet de commercialisation et de rentabilisation des prestations, notamment de tout accord de libre-échange ou de tout autre accord sur le commerce des services;
3. Respecter les champs exclusifs de compétence provinciale définis par la Constitution canadienne;
4. Relever la proportion des ressources fédérales à un niveau adéquat de financement des dépenses de santé et de programmes sociaux des provinces;
5. Remplacer à cet égard le paiement en espèces du TCSPS au Québec par un transfert de points d'impôt ou par tout autre mesure ayant fait l'objet d'un consensus au sein de la population québécoise.

Annexes (2)

MA/fv
sepb-57
2002 03 25
AvenirSoinsSantéCanada

Annexe 1

NOS RECOMMANDATIONS À LA COMMISSION SUR LE DÉSÉQUILIBRE FISCAL (DÉCEMBRE 2001)

La Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec recommande que le gouvernement du Québec :

1. Réaffirme son autonomie et le caractère spécifique de la société québécoise.
2. Exige que le gouvernement fédéral respecte les champs exclusifs de compétence provinciale et qu'il cesse ses empiétements et ses initiatives unilatérales, particulièrement en matière de politique sociale.
3. Exige que le gouvernement fédéral reconnaisse le droit des provinces de se retirer de tout programme nouveau ou modifié, sans condition et avec compensation sous forme de points d'impôt sur le revenu des particuliers.
4. Demande que le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS) soit restauré à 23 % des dépenses provinciales de santé, d'éducation et de services sociaux, ce qui implique un rajustement à la hausse d'un montant d'environ 10 milliards de dollars selon nos estimations. Cette récupération devra s'effectuer selon un échéancier réaliste.
5. Demande que le paiement en espèces du TCSPS soit remplacé par un transfert sous forme de points d'impôt sur le revenu des particuliers.
6. Se prononce en faveur de la levée du plafond de la péréquation, d'un facteur de progression des paiements de péréquation fondé sur l'évolution du PIB nominal et d'une redéfinition des normes de répartition tenant compte de la pauvreté relative des provinces.
7. Donne mandat à la Commission sur le déséquilibre fiscal de dresser un portrait des champs de taxation occupés par les provinces et ceux que le gouvernement fédéral s'est approprié, d'examiner ce qui devrait relever du champ d'imposition du gouvernement québécois et de recommander, le cas échéant, la récupération d'autres champs de taxation.

Annexe 2

MÉMOIRE DE LA FTQ PRÉSENTÉ À LA COMMISSION D'ÉTUDE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX DANS LE CADRE DE LA CONSULTATION PUBLIQUE SUR LE FINANCEMENT ET L'ORGANISATION DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (QUÉBEC, SEPTEMBRE 2000)

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|--|----|
| INTRODUCTION | 5 |
| PARTIE 1 | |
| Notre analyse des problèmes..... | 8 |
| 1.1 Problèmes organisationnels : du connu au moins connu | 8 |
| ➤ L'engorgement des urgences | 9 |
| ➤ Les listes d'attente | 9 |
| ➤ La pénurie de médecins..... | 10 |
| ➤ La pénurie des infirmières..... | 11 |
| ➤ Dans l'ombre : les services sociaux..... | 12 |
| 1.2. Problèmes de financement : une croissance démesurée des coûts?..... | 14 |
| ➤ Le vieillissement de la population | 14 |
| ➤ Les technologies médicales..... | 15 |
| ➤ La variabilité des pratiques médicales | 17 |
| PARTIE 2 | |
| Le financement du réseau | 19 |
| 2.1 Dépenses de santé : quel point de comparaison? | 19 |
| 2.2 Financement : des marges de manoeuvre | 22 |
| ➤ Nos impôts fédéraux à NOTRE service..... | 22 |
| ➤ Les finances publiques québécoises : une vision à long terme | 23 |
| PARTIE 3 | |
| Pour le maintien et le développement d'un réseau public | 25 |
| 3.1 Une gamme de services plus ou moins étendue ?..... | 26 |
| 3.2 Soins de santé : accessibilité et coûts..... | 29 |
| 3.3 Services sociaux : la démission de l'État..... | 33 |
| PARTIE 4 | |
| Pour un réseau intégré de services sociaux et de santé..... | 35 |
| 4.1 Une mise en réseau | 35 |
| ➤ Identifier une porte d'entrée..... | 36 |
| ➤ Intégrer véritablement les médecins au réseau | 37 |
| ➤ Développer des modes de communication adéquats | 39 |
| ➤ Établir un financement plus adéquat | 40 |
| 4.2 Une organisation du travail mieux ciblée | 40 |
| EN CONCLUSION | 43 |

