

Mémoire
de la
Fédération des travailleurs et
travailleuses du Québec



présenté à la
Commission des affaires sociales
dans le cadre de sa consultation
sur le document intitulé

***Garantir l'accès :
un défi d'équité, d'efficience et de qualité***

Le 23 mai 2006

Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec
565, boul. Crémazie Est, bureau 12100
Montréal (Québec) H2M 2W3
Téléphone : 514 383-8000
Télécopie : 514 383-8001
www.ftq.qc.ca

Dépôt légal – 1^{er} trimestre 2006
Bibliothèque nationale du Québec
ISBN 2-89639-000-6

Table des matières

INTRODUCTION : LES PRINCIPES QUI GUIDENT LA CONSULTATION	5
PREMIÈRE PARTIE : RÉPONDRE À L'ARRÊT CHAOULLI	7
LES LISTES D'ATTENTE : PROGRÈS PALPABLES	8
L'ASSURANCE PRIVÉE : DES EXPÉRIENCES CONCLUANTES	9
LA SOLUTION RETENUE PAR LE <i>DOCUMENT</i> :	
DE PLUS EN PLUS DE PRIVÉ DANS UN SYSTÈME PUBLIC DE MOINS EN MOINS FORT	11
Le principe général d'accès aux services : oui!	14
Assurance privée : non!	17
DEUXIÈME PARTIE : LES ENJEUX DU FINANCEMENT	20
L'ÉTAT DES DÉPENSES DE SANTÉ	20
LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION :	
UN PHÉNOMÈNE IMPORTANT QU'ON NE DOIT PAS MONTER EN ÉPINGLE	23
L'évolution démographique	25
Le rapport de dépendance	26
Des « vieux » moins pauvres	27
Des « vieux » en meilleure santé	29
LA VOIE À PRIVILÉGIER	31
Une quatrième avenue de solution : une caisse publique	31
Le déséquilibre fiscal	32
Un compte santé et services sociaux	33
Un régime d'assurance contre la perte d'autonomie?	33
L'ENDETTEMENT PUBLIC	34
La croissance économique	34
Des dépenses « d'épicerie » seulement?	35
Que faire?	36
CONCLUSION	37

Santé : accès, équité, efficience et qualité, un défi!

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



Au nom de ses 520 000 membres, la Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec remercie la Commission des affaires sociales de lui donner l'occasion de se faire entendre sur une question qui, si elle capitale pour la population du Québec, est également décisive pour l'évolution de son histoire. À titre de citoyens et de citoyennes, et de contribuables donc, mais aussi à titre de travailleurs et de travailleuses dont une partie oeuvre directement dans le domaine des soins de santé et des services sociaux, nous avons à cœur de participer à ce débat déterminant pour l'avenir collectif de notre système de santé.

INTRODUCTION : LES PRINCIPES QUI GUIDENT LA CONSULTATION

D'entrée de jeu, nous voulons nous inscrire en droite ligne avec l'objectif que le Premier ministre lui-même a donné au débat qui a cours.

«Notre système public de santé, écrit-il, est un de nos plus précieux joyaux et la discussion qui s'amorce a pour but de lui redonner tout son lustre...» (Document de consultation, p. 3).

Il va sans dire que nous partageons également les valeurs mises de l'avant par le ministre de la Santé et des Services sociaux dans son message introductif :

«Les progrès que nous avons réalisés, dans le respect des principes d'accessibilité et d'universalité de notre système public, doivent nous inspirer. [...] C'est justement ces valeurs de justice sociale et d'équité qui doivent guider le débat dans lequel nous sommes engagés.» (p. 5)

À la FTQ, nous l'avons rappelé à chaque occasion et à chaque consultation qui nous amenait à le faire quand il s'agissait de notre système de santé : **nous souscrivons aux principes et aux quatre valeurs fondamentales qui sont enchâssées dans la Loi canadienne et qui devraient l'être dans la Loi québécoise, c'est-à-dire la gratuité, l'universalité, l'accessibilité et l'intégralité, sans aucune entrave de quelque nature que ce soit. Le caractère public du système de santé et des services sociaux est l'ossature indispensable sans laquelle ces principes demeurerait lettre morte.** Comme le ministre de la Santé et des Services sociaux l'a si bien dit, *«ce sont ces principes qui doivent primer, au-delà de l'architecture d'un système créé dans un contexte social, économique et scientifique très différent de ce que nous*

*connaissions aujourd'hui.»*¹ Nous croyons qu'il est possible de préserver les principes tout en rénovant la structure et l'organisation de nos services de santé.

C'est donc avec plaisir que nous vous avons lu et relu, Monsieur le Ministre Couillard, sur la nécessité de préserver et améliorer notre système de santé public et universel, et sur l'incapacité de l'entreprise privée, *«partout où on lui en a donné l'occasion, d'offrir des services aussi accessibles et peu coûteux qu'un régime basé sur la taxation universelle.»*²

À l'opposé, nous sommes sidérés de constater que des professionnels de la santé balayaient d'un simple revers de la main ces principes qui ont façonné un système de santé jaloué — malgré ses imperfections — par un grand nombre de pays. En témoignent par exemple ces propos du Docteur Dominique Meyer, praticienne de la chirurgie de la cataracte en clinique privée à Québec :

«Est-ce que vous croyez que la vie est juste? Il y a des gens qui meurent de faim chaque jour en Afrique... Même si le délai d'attente pour quelqu'un qui est moins fortuné est de six ou neuf mois, je ne pleurerai pas là-dessus. Je trouve ça triste qu'il y n'y ait pas d'égalité mais ça fait partie de la vie. La santé est devenue un bien de consommation.» (Le Soleil, 18 février 2006, p. A7).

Nous ne serions pas étonnés, dans les prochains mois, de voir se répéter ce type d'argument borné qui ne vise qu'une chose : **brasser des affaires dans le domaine de la santé**. Vous comprendrez que comme organisation syndicale qui a pour mandat de défendre les intérêts collectifs de ses membres — qui rejoignent d'ailleurs ceux de l'ensemble de la population —, **nous n'hésiterons pas d'un iota à mettre toutes les énergies nécessaires pour préserver les valeurs d'équité et de justice et pour maintenir la santé comme bien collectif**.

La FTQ s'engage ici dans un débat dont elle veut qu'il soit un débat «de fond» et dont elle souhaite qu'il soit porteur de dénouements concrets et positifs. En ce sens, nous croyons qu'il convient d'apporter une réponse adéquate aux conclusions de ce qu'il est maintenant convenu d'appeler l'*arrêt Chaoulli*, mais nous croyons aussi qu'il faut aller un peu plus loin qu'*amorcer* la réflexion sur les moyens d'assurer la pérennité de notre système de soins de santé et de services sociaux, si nous voulons en finir au plus tôt avec les blocages et la paralysie qui ont systématiquement caractérisé les tentatives de régénération de notre système de santé.

Nous ne sommes pas des partisans du *statu quo*, de l'immobilisme ou du *mur à mur* comme se plaisent à le prétendre certains : le présent mémoire en fera la démonstration.

Celui-ci abordera dans un premier temps la réponse à donner aux prescriptions de la Cour suprême du Canada dans l'affaire Chaoulli pour s'attaquer ensuite à ce qui fait l'objet du dernier chapitre du Document de consultation : les enjeux de financement de notre régime de santé et de services sociaux. Nous tenterons ainsi d'apporter une contribution à un débat qui saura agir réellement sur les gestes à poser concrètement pour préserver les principes fondamentaux de notre système de santé, sur la base de politiques et de pratiques appropriées.

¹ Cité dans *Le Devoir* du 18 février 2006, p. B-5.

² Cité dans *Le Devoir* du 14 février 2006, p. A-3.

PREMIÈRE PARTIE : RÉPONDRE À L'ARRÊT CHAOULLI

Le 9 juin 2005, alors que la publication de l'arrêt Chaoulli — rendu sur division, à quatre juges contre trois — provoquait des applaudissements nourris chez les partisans de la privatisation dans le domaine de la santé et un tollé de protestation chez les défenseurs du système public, la FTQ avait alors évoqué la nécessité de recourir à la clause dérogatoire afin de surseoir aux conclusions du jugement. Cela nous apparaissait la réponse la plus claire à donner, la meilleure pour éviter l'érosion de notre système de santé. Le gouvernement du Québec a par la suite obtenu un délai d'un an afin de bénéficier du temps nécessaire pour consulter la population et apporter une réponse éclairée. Non partisans du *statu quo*, nous souhaitons nous-mêmes la mise en œuvre d'une discussion et d'une consultation d'envergure sur les moyens à mettre en place pour assurer la pérennité de notre système de santé. La FTQ avait d'ailleurs accepté de participer à cette fin à un comité de travail mis sur pied par le gouvernement du Québec dans la foulée du *Forum des générations*, le comité «Ménard». Nous y reviendrons plus loin.

La lecture du jugement et de ses conclusions, faut-il le rappeler, a donné d'abord lieu à toutes sortes d'interprétations, allant de la négation pure et simple des principes enchâssés dans la *Loi canadienne* jusqu'à la nécessité, au nom des mêmes principes, de se soustraire irrémédiablement à ses conclusions. Puis le temps a permis une étude approfondie des tenants et aboutissants du jugement. Débats médiatisés, contributions journalistiques, avis de spécialistes du droit, colloques spécialisés et autres événements ont nourri la discussion et donné lieu à des conclusions qui sont aujourd'hui partagées par la plupart des observateurs.

À l'exception d'une poignée de purs et durs qui continuent de voir dans l'arrêt Chaoulli un *ordre* intimant au gouvernement du Québec d'ouvrir toute grande la porte à la privatisation des soins de santé, il est maintenant convenu d'apprécier le jugement à sa lettre. La conclusion du jugement repose sur le fait que des listes d'attente trop longues mettent en cause la sécurité, l'intégrité et la vie des personnes et que dans ce cadre, l'interdiction de contracter des assurances privées pour recevoir des soins des médecins non participants doit être levée. L'esprit du jugement est celui-ci :

1. **il est nécessaire de préserver et d'améliorer notre système de santé public et universel;**
2. **à cette fin, l'interdiction de l'assurance privée pour les services médicaux assurés par le service public est démesurée si elle constitue une menace pour la santé;**
3. **cette interdiction de l'assurance privée n'est pas essentielle au maintien d'un accès équitable au système de santé.**

Somme toute, considérant que la longueur des listes d'attente dans certaines spécialités était excessive, les juges majoritaires disent au Québec qu'il faut y voir dans le respect du système public. Il n'est pas inutile de rappeler ici les propos de la juriste Marie-Claude Prémont de la faculté de droit de l'Université McGill :

«La conclusion de Madame la juge Deschamps s'appuie clairement sur la présence de la prohibition de la pratique médicale mixte et la disponibilité de la règle de la parité tarifaire [entre médecins participants

et non participants, ndlr]. *Elle s'estime habilitée à lever l'interdiction de l'assurance privée, puisque ces deux autres techniques juridiques, déjà en vigueur ou disponibles au Législateur, remplissent le même objectif urgent et pressant qu'est la protection du régime public de santé du Québec.»³*

En termes moins juridiques, puisque les médecins du Québec ont le choix entre participer au régime public ou de ne pas participer — ils ne peuvent faire les deux —, et que les médecins non participants ne peuvent recevoir une rémunération supérieure à celle qui est payée dans le régime public pour des services médicaux et hospitaliers couverts par l'assurance publique, les juges majoritaires estiment que cela est suffisant pour protéger le régime public de santé du Québec.

Il faut aussi avoir à l'esprit que le médecin Chaoulli et son client George Zeliotis ont entamé leurs actions juridiques en 1997 et leur plaidoyer doit être inscrit dans la situation qui prévalait alors. Mais depuis, de l'eau a coulé sous les ponts et des progrès tangibles ont été constatés sur ce qui faisait l'objet spécifique de leurs doléances : la longueur des listes d'attente, et ce, en très peu de temps et à l'intérieur du système public.

Les listes d'attente : progrès palpables

En septembre 2004, lors de la rencontre des premiers ministres, la réduction des temps d'attente pour des interventions chirurgicales majeures a été promue au rang des priorités.

Mais déjà, en juillet 2004, se tenait un premier symposium sur la nécessité de maîtriser les files d'attente, regroupant des représentants gouvernementaux, des spécialistes et des professionnels de la santé ainsi que des organismes mandatés par divers groupes d'intervenants de l'ensemble des provinces. L'expérience a été répétée un an plus tard.

Selon les porte-parole des *Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques* (RCRPP), d'importants progrès ont été réalisés à ce jour, chacune des provinces tirant les enseignements de leurs expériences respectives et partageant les objectifs et défis à relever⁴. L'*Institut canadien d'information sur la santé* vient tout juste de publier un rapport sur les temps d'attente qui fait le suivi des progrès accomplis en la matière⁵.

Comme le rappelle le document de consultation, la dernière étude annuelle du très conservateur Institut Fraser sur les délais d'attente au Canada révélait qu'en 2005, le Québec était la seule province à avoir amorcé et maintenu une diminution des délais d'attente entre la visite auprès d'un médecin spécialiste et le traitement prescrit, si bien que le Québec occupe maintenant la première place parmi les provinces canadiennes.

³ Prémont, Marie-Claude, *Quel jugement porter sur le jugement Chaoulli?*, Allocution au colloque *Le privé dans la santé? Après le jugement Chaoulli, les options du Québec*, 24 et 25 février 2006.

⁴ Voir McIntosh Tom, *Commentary : No Big Bang, but Wait Times are Improving*, RCRPP, septembre 2005 et *Maîtriser les files d'attente II : la mesure, le contrôle et la gestion des temps d'attente*, Rapport du colloque, 31 mars et 1^{er} avril 2005.

⁵ Institut canadien d'information sur la santé, *Temps d'attente et soins de santé au Canada : ce que nous savons et ce que nous ignorons*, 2006.

En effet, en 2001, le Québec se classait généralement bien parmi les provinces canadiennes, tant pour le temps d'attente entre le rendez-vous chez le médecin généraliste et celui chez le médecin spécialiste (3^e au pays) et entre la consultation du spécialiste et le traitement (4^e).

Une autre étude, publiée cette fois par *Statistique-Canada*⁶, révélait de la même manière que les temps d'attente médians pour les interventions chirurgicales non urgentes avaient diminué de moitié au Québec, passant de presque neuf semaines en 2003 à quatre semaines en 2005.

Des progrès sont aussi observables dans plusieurs domaines requérant davantage de célérité, comme en radio-oncologie et en chirurgie cardiaque, mais aussi en orthopédie et en chirurgies de la cataracte.

Selon le D^r Yves Dugré de la *Fédération des médecins spécialistes*, des pas de géants ont été faits pour venir à bout des listes d'attente⁷. Et si l'on tient compte de l'explosion de la demande dans la sphère des chirurgies, on peut considérer que les délais ont été réduits substantiellement.

S'il y a encore place à l'amélioration et si certains problèmes n'ont pas encore été résolus, cela démontre à tout le moins que ce n'est pas le système public qui constitue l'obstacle à lever dans le cas des listes d'attente. L'expérience a clairement démontré qu'il est possible d'en réduire le temps au sein même du système public.

Malgré tout, le problème des longs délais continue de nuire à l'accès aux soins de santé.

L'assurance privée : des expériences concluantes

Après avoir reconnu «*que la préservation du régime public est un objectif urgent et réel*», la décision de la Cour suprême, selon le *Document de consultation*, ouvre cependant la porte à deux choses :

1. à la possibilité d'acheter une assurance privée pour recevoir de médecins non participants des services médicaux actuellement couverts par le réseau public et jusqu'ici facturés directement en clinique privée;
2. à la possibilité pour une assurance privée de couvrir des services de santé actuellement offerts **exclusivement** en milieu hospitalier, dupliquant de cette manière l'offre publique.

«En permettant la vente de polices d'assurance par le secteur privé pour couvrir des services actuellement financés par le secteur public, peut-on lire dans le document, le jugement de la Cour suprême ouvre la voie au développement d'un réseau privé de prestation de services où les personnes disposant de moyens financiers suffisants pourraient obtenir des services médicaux et hospitaliers plus rapidement que celles qui utilisent les services financés par le secteur public. Ce sont les assises sociales du système public québécois qui sont alors remises en cause.»
(*Idem*, p. 35)

⁶ Statistique-Canada, Division de la statistique de la santé, *Accès aux services de soins de santé au Canada*, janvier 2006.

⁷ *Le Devoir*, 4 et 5 février 2006, p. A7.

En d'autres termes, le jugement Chaoulli semblerait ouvrir la voie à une médecine à deux vitesses, en même temps qu'il souligne l'importance de préserver et d'améliorer le système public, ce qui à première vue apparaît contradictoire.

Tout en se pliant aux prescriptions du jugement d'alléger les listes d'attente qui menacent la sécurité, l'intégrité et la vie de certains patients, **la solution consiste donc à trouver une solution différente qu'une ouverture au privé qui détériorerait la place et la qualité des services publics de santé, qui remettrait en cause «les assises sociales du système public québécois».**

Rappelant que de nombreuses commissions d'étude et comités spéciaux ont été appelés à se prononcer sur l'état du système de santé public et sur les correctifs à y apporter, le document souligne que *«toutes les analyses rejettent le recours à la privatisation du financement des soins de santé»* pour une série de raisons : protection insuffisante de la couverture d'assurance privée, coûts élevés, problèmes d'accessibilité et d'équité pour les personnes à plus faible revenu, manque de ressources humaines, etc. Et au-delà des analyses théoriques, le document s'appuie sur plusieurs expériences étrangères en matière d'assurance privée duplicative⁸ pour montrer que les risques sont élevés, sans apporter aucune garantie d'un meilleur accès global aux services de santé, ni de gains d'efficacité dans l'ensemble du système.

«Plus l'ouverture à l'assurance privée est grande, plus sa mise en oeuvre nécessite des mesures de contrôle variées, ce qui rend plus complexe la gestion de l'ensemble du système. Le principal effet pervers associé à une réglementation trop permissive et à un contrôle inadéquat de l'assurance duplicative est le détournement de ressources humaines du secteur public vers le secteur privé. Cela peut avoir comme conséquence une réduction de l'accès aux services pour les usagers du régime public, les incitatifs favorisant une plus grande productivité étant alors spécifiquement concentrés sur la clientèle du régime privé au détriment de la productivité dans le secteur public. De plus, même avec un encadrement réglementaire supplémentaire, rien ne garantit la qualité des services qui seront offerts par le secteur privé.» (Idem, p. 39)

Le *Document de consultation* est clair. L'ouverture au privé est problématique : encadrement complexe inadéquat, détournement des ressources du public vers le privé alors qu'on s'inquiète de la pénurie de médecins, allongement des listes d'attente dans le public alors qu'on voulait les rapetisser, etc.

Dans une étude effectuée en 2004 sur l'assurance privée dans ses pays membres, l'Organisation de coopération et de développements économiques (OCDE) constate que dans la plupart des cas, cette dernière pose des problèmes considérables d'équité et de maîtrise des coûts⁹.

Dans les pays où des marchés privés se sont développés, explique l'organisme, l'accès à la couverture reste le problème clé et là où ils le sont peu, les individus à haut risque ont de la difficulté à trouver des polices d'assurance à un prix abordable. Tout en affirmant que l'assurance privée peut élargir l'accès aux soins lorsque la couverture publique n'est pas complète ou qu'elle

⁸ On entend par assurance privée duplicative, une assurance parallèle à l'assurance publique pour des services et des soins dispensés par le système public de santé.

⁹ OCDE, *L'assurance maladie privée dans les pays de l'OCDE*, 2004, ISBN : 9264015655.

n'est pas universelle, l'étude de l'OCDE constate que cet accès est inéquitable du fait que «*ce sont généralement les catégories à haut revenu qui souscrivent ce type d'assurance.*»

«Dans les systèmes duplicatifs, par exemple, l'assurance maladie privée offre à ceux qui peuvent se le permettre un niveau de soins, de choix et de rapidité d'accès supérieur à ce qu'offre le système public. Les assurés d'un régime privé peuvent en particulier bénéficier de délais plus courts pour la chirurgie électorive. Mais rien ne permet de dire que cela réduit du même coup les temps d'attente dans le secteur public, qui est le seul choix possible pour les catégories à faible revenu.» (op. cit., p. 3)

L'OCDE note qu'on pourrait limiter la marge de souplesse et d'innovation laissée aux assureurs privés en fixant les prestations minimales qu'ils doivent couvrir, par une standardisation des produits d'assurance ou en les empêchant de refuser une couverture ou de calculer les primes en fonction du risque.

Par ailleurs, cela n'enlèverait absolument rien au fait que l'assurance privée n'aurait à peu près aucun effet sur la qualité des soins et services, les assureurs étant beaucoup plus préoccupés par la rentabilité que par la qualité des prestations qu'ils financent.

Enfin, quel que soit son rôle dans le système de santé, l'assurance privée aurait pour effet d'accroître la dépense totale de santé et plus elle est présente, plus cet effet d'accroissement est important. C'est donc dire, contrairement à ses promoteurs, que l'assurance privée est loin de soulager les régimes publics d'une partie de leurs coûts.

L'OCDE explique pourquoi. Premièrement, les assurés privés continuent pour la plupart de se faire soigner dans le système public, parce que les services privés se concentrent dans une gamme limitée de soins électifs et qu'ils laissent au secteur public la prise en charge des soins ou des catégories de population qui coûtent le plus cher. Deuxièmement, dans les pays comme les États-Unis, les Pays-Bas ou l'Allemagne, où les régimes publics ne s'adressent qu'aux catégories vulnérables et à faible revenu, la part des dépenses publiques de santé dans le PIB n'est pas inférieure à ce qui existe là où il y a une couverture publique universelle, parce que les coûts se concentrent précisément sur la fraction de la population la plus à risque : personnes âgées, malades chroniques et handicapés.

Voilà autant de raisons qui devraient nous pousser à renoncer au recours à l'assurance privée si l'on ne veut sacrifier ni l'équité dans l'accès, ni la qualité des soins.

La solution retenue par le Document : de plus en plus de privé dans un système public de moins en moins fort

L'état de la situation qu'on vient de décrire a sans doute influencé le gouvernement du Québec dans son intention de maintenir un système public fort et de retenir cinq critères sous-jacents à la recherche de solutions pour se conformer au jugement de la Cour suprême :

- ❖ l'universalité et l'équité du régime public de santé : «*l'accès aux services de santé doit reposer sur les besoins des personnes et non sur leur capacité de payer*» (Document de consultation, p. 40);

- ❖ l'intégration des services comme mode d'organisation privilégié;
- ❖ le maintien et l'amélioration de la qualité des services;
- ❖ la disponibilité des ressources humaines dans le secteur public;
- ❖ l'accroissement de la productivité et un meilleur contrôle des coûts du système de santé.

Si nous souscrivons pleinement aux quatre premiers critères, nous aimerions nuancer le cinquième. L'accroissement de la productivité et le contrôle des coûts du système de santé ne doivent pas avoir pour préalable ou pour corollaire la détérioration des conditions de travail du personnel du réseau de la santé et des services sociaux. Trop souvent, dans le passé, l'augmentation de la productivité et le contrôle des coûts ont été identifiés à une diminution des coûts de main-d'œuvre, ce qui s'est soldé — et on en sent encore les contrecoups — par une diminution du personnel, par la détérioration de la qualité et de la quantité des services et par un accroissement des maladies professionnelles et des accidents liés à la santé et à la sécurité du travail.

Cela dit, c'est à la lumière des cinq critères ci-dessus que le gouvernement du Québec cherche une solution probante aux correctifs demandés par le jugement Chaoulli. Présentant trois options, le *Document de consultation* rejette tant le *statu quo* que l'ouverture au financement et à la production de services par le secteur privé, pour proposer un plan d'amélioration de l'accès aux services de santé et donc de réduction des délais d'attente.

À la FTQ, nous sommes aussi d'avis qu'il faut rejeter les deux premières options pour des raisons que nous avons déjà évoquées plus haut : s'il n'a pas réussi jusqu'ici à résoudre les problèmes du système de santé, le *statu quo* ne pourra faire mieux dans le futur. La privatisation menacerait directement l'intégralité, l'universalité et l'équité caractéristiques du système public. Quant à la troisième option, il faut maintenant examiner ce qu'elle recouvre.

On nous dit dans un premier temps qu'en s'inspirant des expériences étrangères, le gouvernement entend orienter ses actions vers «*l'introduction d'un mécanisme pour garantir l'accès aux services dans le système public, pour les services hospitaliers où il existe actuellement des délais d'attente qui justifient d'intervenir*» (*Document de consultation*, p. 45 - nous soulignons). Nous appuyons cette intention.

Dans un deuxième temps, on nous dit que le scénario proposé introduit aussi «*la possibilité, pour le citoyen, de s'assurer dans le service privé pour certains services hospitaliers qui pourraient être déterminés par règlement.*» (*Idem*) Ces services seraient également couverts par la garantie d'accès.

Il y a d'abord ici un lien d'automaticité inquiétant : plus la garantie d'accès couvrira de services médicaux et hospitaliers, plus ces derniers pourront être couverts par une assurance privée, ce qui minera petit à petit le caractère public et universel de notre système de santé.

Excluant la chirurgie cardiaque et les traitements de radio-oncologie qui bénéficieraient d'une garantie d'accès publique, l'assurance privée serait limitée *pour l'instant* aux chirurgies électives de la hanche, du genou et des cataractes. Alors que ces chirurgies font actuellement l'objet de la présente consultation, d'autres services hospitaliers pourraient éventuellement être couverts par une assurance privée, cette fois sans consultation, sur simple règlement. Sans présumer des résultats des travaux actuels, **il faudrait au minimum prévoir que tout service susceptible**

d'être couvert par une assurance privée devrait faire l'objet d'un mécanisme adéquat de consultation et être soumis à l'approbation de l'Assemblée nationale. On ne peut laisser de telles décisions entre les mains d'une seule personne, fût-elle la meilleure en son genre.

Quant à nous, nous souhaitons que la profession de foi exprimée par le ministre de la Santé en faveur du secteur public saura se concrétiser dans les faits, en mettant les énergies pour garantir l'accès dans le système public plutôt que dans l'extension des services assurables par le privé. Nous aimerions citer ici un extrait du *Document de consultation* qui résume très bien les dangers de l'ouverture à l'assurance privée :

«Il appert qu'une ouverture large et sans contrôle à l'assurance privée pourrait menacer l'équité dans l'accès en fonction des besoins des personnes. [...] ...la majorité de la population, qui ne possède pas de ressources financières suffisantes, ne bénéficierait d'aucune amélioration dans l'accès résultant de l'ouverture à l'assurance privée et pourrait même voir cet accès se détériorer dans la mesure où l'expansion des services à financement privé se ferait à partir de ressources humaines spécialisées et expérimentées qui travaillent actuellement dans le système public de santé.» (op. cit., p. 44)

Le *Document* nous explique par contre qu'avec la proposition gouvernementale, nous assisterions à une ouverture tellement restreinte à l'assurance privée que nous éviterions tous les aspects négatifs liés à l'assurance privée attestés par les expériences étrangères, en même temps que nous préserverions l'intégrité du système public du fait d'une plus grande étanchéité possible dans le financement entre le secteur public et le secteur privé. Mais rien n'est moins sûr. **Nous ne voulons pas d'une «plus grande étanchéité possible», nous voulons d'une pleine étanchéité.**

Il faut enfin se demander si l'ouverture à l'assurance privée répond effectivement, au-delà des conclusions du jugement Chaoulli, au problème des listes d'attente.

La position du D^r Yves Dugré, de la Fédération des médecins spécialistes, est on ne peut plus claire à ce propos :

«La plupart des listes d'attente qui restent concernent des domaines où il y a soit des pénuries d'effectifs, soit une pénurie de ressources financières. La seule vraie réponse à ces problèmes, ce ne sont pas des assurances privées, ce sont des investissements publics plus importants pour ouvrir plus de salles d'opération.»¹⁰

Jusqu'ici, rien ne nous convainc de la justesse d'ouvrir la porte à une assurance privée, limitée aujourd'hui, mais dont on sait qu'elle sera appelée à s'élargir dans un avenir plus ou moins lointain. S'il y a déjà quelques médecins qui s'imaginent déjà «être en business», imaginons le nombre de compagnies d'assurances qui salivent déjà à l'idée de s'ouvrir de nouveaux marchés. Yves Millette, vice-président de l'*Association canadienne des compagnies d'assurance de personnes* souhaite, il va de soi, l'émergence d'un marché de cliniques privées¹¹.

¹⁰ *Le Devoir*, 4 et 5 février 2006, p. A7. À noter que cette position est partagée par le professeur Régis Blais, professeur au département d'Administration de la santé de l'Université de Montréal (*Les Affaires*, 21 janvier 2006).

¹¹ *La Tribune*, 17 février 2006, p. 11.

Le principe général d'accès aux services : oui !

La coexistence de l'introduction d'un mécanisme de garantie d'accès **dans le système public** et de la possibilité d'assurance **dans le secteur privé** pour des services hospitaliers déterminés par règlement nous laisse donc quelque peu mal à l'aise, *a priori*, du fait de leur caractère somme toute paradoxal.

Avant de poser toute conclusion, examinons plus en détail le fonctionnement de la garantie d'accès aux services parallèlement aux modalités entourant le financement privé.

Tout d'abord, nous notons que la garantie d'accès s'applique seulement à partir de l'inscription sur la liste d'attente, c'est-à-dire une fois seulement que le patient ait pu voir son médecin de famille ou un médecin généraliste, et que ce dernier l'ait référé à un spécialiste qui lui, pourra l'inscrire sur une liste d'attente. Premier délai donc : obtenir un premier rendez-vous auprès d'un médecin de famille ou d'un généraliste, ce qui peut prendre des mois, surtout lorsque l'on sait que des dizaines de milliers de Québécois n'ont même pas de médecin de famille. Deuxième délai : la référence du généraliste auprès d'un spécialiste, ce qui peut prendre encore une fois plusieurs semaines.

Nous nous permettons de recommander que la réflexion — et l'action — soient étendues le plus rapidement possible à l'accession à un omnipraticien ou à un médecin de famille, porte d'entrée dans le système de santé, et à l'obtention d'un diagnostic. Il est louable certes de fixer des balises pour les délais suivant l'inscription sur une liste d'attente par un spécialiste, mais il le serait encore plus si on pouvait faciliter l'accès aux services de santé dès l'origine, alors que les retards sont tout aussi préjudiciables aux soins requis. Pourquoi maintenir les plafonds trimestriels de rémunération des omnipraticiens, alors que ces derniers ne suffisent pas à satisfaire la demande?

Il serait tout aussi louable de veiller à assurer un «corridor» efficace entre les médecins généralistes, les cliniques-réseaux et les spécialistes.

De la même manière, il serait utile d'adopter un outil approprié de gestion des listes d'attente ainsi que des mesures ayant pour objet, par exemple, d'empêcher que les gens s'adressent à plus d'un établissement à la fois ou encore d'éviter la constitution de multiples listes d'attente composées de doublons entre médecins, établissements ou régions. Enfin, il faudra veiller à ce que les catégories de patients et les services non visés par les garanties d'accès ne souffrent pas des préséances accordées aux autres.

Donc, une fois le patient inscrit sur une liste d'attente, l'établissement initial aurait la responsabilité de lui garantir l'accès à des soins appropriés¹², d'abord auprès d'un établissement du régime public québécois ou, à défaut et après un délai défini, auprès d'une clinique privée (au Québec ou hors Québec).

C'est l'État québécois qui assumerait la responsabilité de la totalité de l'épisode de soins pour les chirurgies électives déjà définies ou à l'être par voie de règlement¹³ : dans les 6 premiers mois

¹² Nous ne nous prononçons pas sur les termes spécifiques des délais; nous sommes confiants que les intervenants compétents dans les divers milieux de soins sauront statuer adéquatement sur cette question.

¹³ Et assurables par une assurance privée à l'exception des chirurgies cardiaques et des soins radio-oncologiques.

auprès de l'établissement public initial, entre 6 et 9 mois d'attente auprès d'un autre établissement public de la région ou d'une autre région ou par achat de service dans une clinique spécialisée affiliée et au-delà de 9 mois, au près d'une clinique privée (médecins non participants) ou dans un établissement hors Québec ou hors Canada. Nous retenons qu'en tout temps, le patient a le droit de maintenir l'option d'être traité dans l'établissement initial en demeurant sur la liste d'attente.

On retrouve dans ce processus un nouveau concept : celui des cliniques spécialisées affiliées.

Le *Document de consultation* nous en donne une description sommaire, mais des zones d'ombre subsistent.

On nous dit que bien que la gestion de telles cliniques soit assurée par le secteur privé, dans un mécanisme d'entente formel avec le réseau public, leur offre de services aurait un caractère public, selon les caractéristiques suivantes :

- ❖ affiliation des cliniques spécialisées auprès de centres hospitaliers publics qui, une fois les services requis de la clinique donnés, s'occuperaient de la continuité de l'épisode de soins (réadaptation, soins à domicile);
- ❖ coûts des services requis de la clinique entièrement assumés par le gouvernement;
- ❖ obligation des cliniques spécialisées de fournir des services exclusivement, ou principalement, pour les besoins des établissements auxquels elles sont affiliées;
- ❖ obligation des cliniques spécialisées de fournir elles-mêmes le capital requis pour l'acquisition d'équipements et d'installations;
- ❖ responsabilité et imputabilité des cliniques spécialisées vis-à-vis leur gestion et leur prestation de services;
- ❖ remboursement des services fournis par les cliniques spécialisées selon les coûts standards prévus à l'entente et incluant les frais d'utilisation de l'équipement;
- ❖ octroi du statut et d'un permis de clinique spécialisée en fonction d'une grille d'éligibilité répondant aux critères définis par les pouvoirs publics.

En introduisant la propriété et la gestion privées de telles cliniques spécialisées affiliées (organisation, capital requis, prestation de services, etc.), le gouvernement s'engage ici dans le processus des partenariats public-privé. **Nous nous sommes fortement inquiétés du recours aux partenariats public-privé (PPP) annoncé par le gouvernement du Québec, et avons fait la démonstration des nombreux risques qui y sont rattachés, plus particulièrement par rapport à la qualité des soins, à la sécurité des patients et au respect des normes publiquement reconnues.**

Nous partageons ici les appréhensions du groupe *Médecins pour l'accès à la santé* à l'effet que les cliniques spécialisées affiliées ouvrent la porte à d'imposants centres de soins gérés par de grandes entreprises canadiennes ou étrangères déjà présentes ailleurs, pour qui les impératifs de la rentabilité financière dament le pion à tout autre critère socio-sanitaire.

Le *Document* stipule que les conditions imposées à la création de telles cliniques prévoient que les médecins y travaillant ne priveront pas les établissements du réseau public des ressources spécialisées dont ces derniers estiment avoir besoin pour assurer les services à la population.

Comment? Quels seront les pouvoirs des établissements du réseau public sur non seulement l'utilisation, mais aussi les modalités d'utilisation des ressources spécialisées?

C'est là que le bât blesse. Nous assistons actuellement à une pénurie de médecins et d'autres professionnels de la santé¹⁴, en même temps que ces derniers se plaignent par exemple avec raison de ne pas pouvoir utiliser les salles d'opération au-delà de certaines heures quotidiennes et plus d'une journée par semaine.

Si le gouvernement est prêt à investir dans des cliniques spécialisées, pourquoi ne l'est-il pas afin de permettre l'ouverture des salles d'opération publiques sept jours par semaine et au-delà des heures actuelles de fermeture (par exemple 18 h 00h au lieu de 15 h 30), si les besoins l'exigent? Pourquoi ne pas permettre aux médecins participants qui le souhaitent — et ils semblent nombreux — d'opérer davantage qu'une journée par semaine? Pourquoi maintenir des restrictions si elles constituent des embûches à une meilleure prestation des soins et services?

Pourquoi aller rembourser à des cliniques spécialisées les frais d'utilisation d'installations et d'équipement privés, alors qu'il y a sous-utilisation dans le système public? Pourquoi ne pas réorganiser la prestation de soins en regroupant par exemple dans un même établissement certaines interventions de même type et en adaptant en conséquence les installations existantes, etc.? Et s'il y a lieu, pourquoi ne pas créer tout simplement des cliniques spécialisées publiques?

Pourquoi diriger une partie de nos ressources humaines dans de telles cliniques s'il est possible de procéder à une réorganisation judicieuse des équipes de travail dans les établissements existants?

Quel statut sera donné aux médecins qui seront appelés à fournir des services en cliniques spécialisées, pour les besoins principaux (donc non exclusifs) des établissements publics? Il nous semble urgent de clarifier cette question.

Trois possibilités sont ouvertes :

1. soit il y a un statut de médecin **participatif** et la fourniture **exclusive** de services pour les besoins des établissements publics, auquel cas les cliniques spécialisées s'apparentent à des cliniques spécialisées publiques dont le capital requis pour les installations et l'équipement et la gestion sont de nature privée et dont la prestation des services est de nature publique;
2. soit il y a un statut de médecin **participatif** et la fourniture **principale** (mais non exclusive) de services pour les besoins des établissements publics, auquel cas les cliniques spécialisées peuvent fournir des services de nature privée et il y a alors une non-étanchéité entre le statut de médecin participatif et le financement privé;

¹⁴ Nous retenons favorablement les propos du ministre de la Santé à l'effet que nos facultés de médecine tournent actuellement à plein régime, que la formation médicale se déplace en régions et qu'il n'y a jamais eu autant de médecins immigrants en exercice et d'étudiants étrangers en formation. Il faudra aussi mettre en œuvre des mesures efficaces pour éviter l'exode indu de ces derniers. Nous notons également les efforts dirigés dans le domaine des soins infirmiers mais nous sommes convaincus que ces derniers pourraient être renforcés. Il faudrait aussi faire une meilleure utilisation et donner suite aux résultats des travaux des comités de planification de la main-d'œuvre mis sur pied il y a quelques années.

3. soit il y a un statut de médecin **non-participant** et la fourniture **principale** ou **exclusive** de services pour des établissements publics, auquel cas il n'y a plus d'étanchéité.

Pour que le projet ait un sens par rapport aux objectifs déclarés du gouvernement, il nous semblerait approprié de préciser que seule la première possibilité est envisagée : médecin participant et fourniture exclusive de services pour les besoins d'établissements publics, une fois améliorées et épuisées les possibilités de traitement dans les établissements publics existants¹⁵. C'est à cette seule condition qu'on préservera et qu'on améliorera un secteur public fort : **vues comme un complément d'exception, le nombre de cliniques spécialisées devrait demeurer restreint et à peu près seulement dans les grands centres, au demeurant. Certains ont évoqué l'idée que l'établissement des cliniques spécialisées *«pourrait constituer la base d'une transformation graduelle de notre régime menant à un rôle plus grand de la pratique privée¹⁶»*. **Nous pensons qu'il s'agit là d'une voie à éviter et il faut le stipuler clairement.****

Une autre possibilité nous inquiète : plusieurs médias¹⁷ ont rapporté que le gouvernement assignerait un nombre déterminé de patients aux cliniques spécialisées : ne pourrait-il pas arriver qu'on prolonge indûment les délais d'attente dans les hôpitaux afin de satisfaire ce nombre déterminé? Michel Clair, dans une entrevue au *Devoir* illustre les choses ainsi : *«on achète à une clinique affiliée 2 330 chirurgies de la cataracte et elle sera payée pour ça, mais dans le cadre d'un financement public. Elle va être heureuse d'accueillir les garanties d'accès que le secteur public va avoir du mal à exécuter»*.

Nous osons croire que l'éventualité d'une prolongation artificielle des listes d'attentes pour satisfaire les «promesses» d'un certain nombre de chirurgies sera précisément écartée du projet gouvernemental. Y aura-t-il, ou non, garantie d'un volume d'interventions auprès des nouvelles cliniques spécialisées affiliées, voire des cliniques privées existantes? Il faut répondre clairement à cette question. Nous croyons que notre vision des cliniques spécialisées, comme complément des services existants, dispose de cette question.

Assurance privée : non !

La question de la garantie du volume d'interventions se doit d'être aussi précisée du fait le *Document* stipule que l'achat de services assurés par le privé serait limité aux cliniques privées où pratiquent des médecins non participants au régime public, c'est-à-dire là où au-delà du délai de 6 à 9 mois, les patients du secteur public seraient dirigés.

Supposons un seul instant un nombre croissant de patients sur les listes d'attente, l'élargissement des besoins couverts par les garanties d'accès et l'élargissement consécutif des soins assurables par le privé, et le tour est joué : nous assistons à une incitation très forte pour la multiplication de cliniques privées.

¹⁵ Il faudrait également éviter de «tenter» les quelques médecins qui pourraient être séduits à l'idée de référer certains de leurs patients dans des cliniques privées où ils trouveraient un certain intérêt financier.

¹⁶ Dubuc, Alain, *La Presse*, 18 février 2006, p. A-29.

¹⁷ Voir entre autres *La Presse*, *Le Soleil* et *Le Devoir* du 17 février 2006 qui faisait suite à la conférence de presse du Premier ministre et du ministre des Finances du Québec du 16 février. Voir aussi les propos du ministre Couillard dans l'édition de mars de *L'Actualité*.

C'est de toute évidence ce que comprend Le D^r Pierre St-Michel, du groupe Opmedic qui aspire à devenir l'une des premières cliniques spécialisées affiliées. Bien qu'il le trouve timide, le projet du ministre Couillard «*annonce une belle ouverture vers le privé qui produira l'effet domino*».

«Ce n'est que la pointe de l'iceberg. On a entr'ouvert la porte et on va voir beaucoup plus de possibilités de partenariat public-privé que les trois types de chirurgie annoncés.¹⁸»

Le D^r St-Michel souligne d'ailleurs qu'il existe des listes d'attentes avec des délais supérieurs à un an pour beaucoup de chirurgies. Il ne doute pas que l'effet «tache d'huile» gagnera les traitements pour les pathologies anales, digestives, cutanées, mammaires, biliaires, herniaires etc.

S'il faut élargir la garantie d'accès à un ensemble de services médicaux, il faut cependant le faire dans le réseau public et empêcher le recours au privé tous azimuts, au rythme d'une garantie d'accès allant de pair avec le développement de l'assurance privée.

Le Document de consultation suggère que «*des conditions **pourraient** être maintenues ou introduites pour limiter le nombre de médecins qui décideraient de ne pas participer au régime public et assurer une étanchéité entre les systèmes public et privé.*»

Nous croyons que des conditions doivent être maintenues et introduites :

- ❖ **l'exclusivité de la rémunération du médecin (impossibilité d'être à la fois participant au régime public et non-participant pour certains actes) comme c'est le cas présentement, mais aussi dans le cas des cliniques spécialisées affiliées;**
- ❖ **le plafonnement du nombre de médecins autorisés à pratiquer dans le secteur privé, la balise étant la protection des ressources nécessaires au secteur public — le ministre se doit à cet égard d'user du pouvoir qui lui est accordé par la Loi;**
- ❖ **le plafonnement de la tarification selon les barèmes de la tarification de la RAMQ fixés pour des services offerts par le régime public.**

Nous rejetons l'idée qu'un médecin non participant puisse exiger davantage que la tarification de la RAMQ pour des services offerts par le régime public et qu'il puisse se faire rembourser à hauteur de cette tarification. Nous pensons ici aux cas qui surviendront au-delà de 9 mois d'attente : quelle motivation pourrait avoir une clinique privée de soigner des personnes sans assurance privée inscrites sur une liste d'attente des établissements publics, si elle a le privilège d'exiger davantage de personnes souscrivant à une assurance privée et capables de payer une surtarification? Poser la question, c'est y répondre. On risque de voir apparaître deux listes d'attente : celle des patients passant par leur assurance privée et celle des patients assujettis à l'assurance publique.

Par ailleurs, un autre problème surgit alors : après 9 mois d'attente, en vertu de la garantie d'accès aux services, le régime public est habilité à payer à des médecins non-participants la tarification de la RAMQ pour les services requis, brisant la règle d'étanchéité entre financement public et financement privé. Comme la garantie d'accès est appelée à s'étendre à de plus en plus de cas électifs décidés par règlement, il y a encore une fois danger de dérapage.

¹⁸ St-Amour, Stéphane, *Le Courrier* de Laval, 26 février 2006. Document consulté sur Internet.

Il nous apparaît nécessaire de préciser les règles de protection de l'intégrité du système public de santé : plutôt que de prévoir que des médecins non-participants puissent répondre aux besoins des listes d'attente du secteur public, pourquoi ne pas penser à la possibilité que des médecins participants puissent opérer dans les mêmes conditions au sein de cliniques privées, mais exclusivement pour les besoins des listes d'attente des établissements publics? Les cliniques privées pourraient alors se faire rembourser les coûts d'utilisation de ses installations et équipements selon les coûts standards. En tout état de cause, il faudra établir des dispositions de nature réglementaire ou contractuelle claires concernant les liens entre dispensateurs de services à financement privé et secteur public.

Pour l'ensemble des raisons exposées ci-dessus, la FTQ est d'avis qu'il n'y a pas lieu de lever l'interdiction du recours à l'assurance privée pour les chirurgies électives du genou, de la hanche et des cataractes et pour l'ensemble des services médicaux et hospitaliers couverts par le régime public. L'amélioration constatée depuis 1997 dans la gestion des listes d'attente et dans le raccourcissement des délais rend pour ainsi dire caduque la conclusion du jugement Chaoulli, dans la mesure où des solutions ont été apportées et continueront d'être apportées aux préoccupations de la Cour Suprême. Pour cette raison, la FTQ se trouve pleinement légitimée de vous recommander à nouveau le recours à la clause de dérogation, étant entendu qu'il y a lieu d'agir concrètement et de prendre les mesures nécessaires à la pérennité de notre système de soins de santé et de services sociaux.

Le projet du *Document de référence* doit être amendé en conséquence et préconiser que le secteur public soit le seul et véritable maître d'œuvre du modèle adopté, qu'il s'agisse de la gestion des listes d'attente et de la garantie d'accès, du respect de l'étanchéité entre financement privé et public, des critères de qualité des soins et des services requis et plus particulièrement, de l'utilisation optimale des établissements publics, de leurs installations et de leurs équipements, dans le cadre général du respect des valeurs de justice, d'équité, d'accessibilité et d'universalité, sans lesquelles notre système public ne serait plus qu'un mot creux.

DEUXIÈME PARTIE : LES ENJEUX DU FINANCEMENT

Globalement, le *Document de consultation* touche à quatre aspects sur lesquels nous aimerions nous pencher plus longuement et qui sont en lien avec le financement du système de santé et des services sociaux :

1. l'état des dépenses de santé ;
2. le vieillissement de la population ;
3. les avenues de financement à avancer;
4. l'endettement public.

L'état des dépenses de santé

Qu'il s'agisse de documents gouvernementaux comme celui présenté par le Premier ministre en 2003 sous le titre de *Briller parmi les meilleurs* ou de documents produits par des comités de travail comme celui du Comité de travail dirigé par le banquier Jacques Ménard sur la pérennité du système de santé et de services sociaux du Québec, intitulé *Pour sortir de l'impasse : la solidarité entre nos générations* ou encore de publications diverses initiées par des groupes de pression ou d'individus, l'état des dépenses de santé est souvent désigné comme inquiétant.

Le *Document de consultation* nous dit par exemple que le secteur de la santé et des services sociaux constitue le poste de dépenses le plus important du gouvernement et que son poids dans les dépenses augmente depuis plusieurs années :

«Il représente, en 2005-2006, 43 % des dépenses de programmes du gouvernement (excluant le service de la dette) comparativement à 32 % il y a vingt ans.» (op. cit., p. 5)

Cette part, nous dit-on, est appelée à s'accroître de plus en plus rapidement au cours des prochaines années, en raison notamment du vieillissement rapide de la population. Nous reviendrons sur la question du vieillissement plus loin.

Jacques Ménard, qui se félicite d'ailleurs du fait que le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec a fait sien son propre constat financier, avance pour sa part l'idée que les dépenses de santé représenteront 68 % des dépenses de programme dans 25 ans¹⁹.

Remettons les pendules à l'heure.

Dans les dernières années, on a assisté à une chute prononcée des dépenses de programmes du gouvernement du Québec. En 1992-1993, elles représentaient 27,5 % du PIB. En 2005-2006, elles n'en représentaient plus que 17 %²⁰. Il est donc plus que normal que la santé, un poste budgétaire dans lequel on ne peut rogner impunément, soit passé de 36 % des dépenses de programmes en 1992-1993, à 43,1 % en 2005-2006.

¹⁹ *La Presse*, 9 mars 2006, p. A15.

²⁰ Voir le *Plan budgétaire* du budget québécois 2005-2006, Section 3, p. 19.

L'une des manières de voir et d'évaluer plus adéquatement l'évolution des dépenses publiques de santé consiste sans aucun doute à les mesurer par rapport à l'évolution du produit intérieur brut.

L'*Institut canadien d'information sur la santé* (ICIS) publie régulièrement une base de données concernant les dépenses nationales de santé et fournit des comparaisons inter-provinciales. Voici l'évolution des dépenses publiques de santé du Québec par rapport au PIB. Pour fins de comparaison, nous reproduisons les mêmes données pour l'Ontario ainsi que la moyenne canadienne, de 1981 à 2005.

Tableau 1
Dépenses publiques de santé²¹ par rapport au PIB (%), Québec, Ontario et Canada, 1981-2005

Année	Québec	Ontario	Canada
1981	6,8	5,0	5,5
1982	7,5	5,5	6,2
1983	7,7	5,6	6,3
1984	7,5	5,5	6,2
1985	7,4	5,5	6,2
1986	6,9	5,6	6,3
1987	6,7	5,6	6,3
1988	6,7	5,7	6,2
1989	6,8	5,8	6,4
1990	7,1	6,1	6,7
1991	7,6	6,8	7,2
1992	7,7	7,0	7,4
1993	7,7	6,8	7,1
1994	7,4	6,5	6,8
1995	7,2	6,1	6,5
1996	6,8	5,9	6,3
1997	5,8	5,7	6,2
1998	7,1	5,8	6,5
1999	6,8	5,7	6,4
2000	6,8	5,9	6,4
2001	7,2	6,1	6,7
2002	7,2	6,2	6,9
2003	7,2	6,7	7,1
2004 ^P	7,3	6,9	7,1
2005 ^P	7,3	7,1	7,3

Source ICIS, *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2005*. ^P = prévision.

On voit clairement ici que les dépenses publiques de santé ont une évolution plutôt stable par rapport au PIB, le pourcentage ayant varié de 6,8 % en 1981 à 7,3 % en 2005. En Ontario, ce pourcentage est passé de 5,0 % à 7,1 % et au Canada, en moyenne, de 5,5 % à 7,3 %. Depuis 1994, les dépenses au Québec ont été inférieures au «pic» observé en 1983 puis en 1992-93.

²¹ Les dépenses publiques de santé comprennent les dépenses de santé engagées directement par les différents paliers de gouvernements et les organismes gouvernementaux.

L'évolution des seules dépenses gouvernementales des provinces (excluant donc les autres paliers de gouvernements et les organismes gouvernementaux) par rapport au PIB indique encore là une évolution plutôt stable pour le Québec comparativement à celle de l'Ontario et à la moyenne canadienne : 6,5 % et 6,6 % respectivement en 1981 et 2005, contre 4,6 % et 6,5 % en Ontario, et 5,2 % et 6,6 % au Canada.

La proportion observée au Québec se situe même en deçà de celle observée dans certains pays de l'OCDE pour les dépenses publiques, et au-delà pour les dépenses privées. Voici, pour l'année 2003 une comparaison de la situation :

Tableau 2
Dépenses totales de santé, dépenses publiques et privées, par rapport au PIB, 2003
Québec et certains pays de l'OCDE

Pays	Dépenses publiques (%)	Dépenses privées (%)
Norvège	8,6	1,7
Allemagne	8,6	2,4
France	7,7	2,4
Danemark	7,5	1,5
Canada	6,9	3,0
Suisse	6,7	4,8
États-Unis	6,6	8,3
Grande-Bretagne	6,4	1,3
Japon	6,4	1,5
Australie	6,3	3,0
Pays-Bas	6,1	3,7
Espagne	5,5	2,2
Québec	7,2	2,9

Source : OCDE, *Éco-Santé*, 2005 et ICIS, 2005

Le Conseil de la santé et du bien-être du Québec fait remarquer que les dépenses spécifiques en services médicaux et hospitaliers par rapport au PIB ont diminué au fil des années : elles représentaient 5,3 % du PIB au début des années 1980 et 1990; elles n'en représentaient plus que 4,3 % en 2001. Cette diminution de près de 1 % du PIB représentait en 2001 près de 2,1 milliards de dollars.

«En fait, le gouvernement du Québec consacre aujourd'hui une part décroissante de ses recettes et dépenses aux services médicaux et hospitaliers par rapport aux années 1980.» (op. cit., p. 6)

Lorsqu'on examine les dépenses totales de santé (publiques et privées), il est vrai que l'évolution par rapport au PIB est plus abrupte, mais encore là, beaucoup moins pour le Québec que pour l'Ontario et la moyenne canadienne : elles sont passées de 8,6 % à 10,5 % entre 1981 et 2005 au Québec, contre respectivement 6,8 % et 10,6 % en Ontario et 7,3 % et 10,4 % au Canada. C'est

dire qu'elles ont augmenté moins rapidement au Québec qu'en Ontario ou au Canada pour atteindre des niveaux qui sont aujourd'hui comparables.

Ce qu'il convient de constater ici, c'est que contrairement à certaines prétentions, les dépenses publiques de santé du Québec ne connaissent pas d'explosion exponentielle : elles ont une évolution plutôt stable par rapport au PIB — mesure de la richesse collective — et rien ne laisse présager une évolution incontrôlable dans l'avenir.

Néanmoins, les chantres de la privatisation n'en continuent pas moins d'agiter l'épouvantail de déficits incontrôlables dans le domaine de la santé.

C'est que, disent-ils, il y a le phénomène fulgurant du vieillissement de la population, concomitant à celui de l'endettement public.

Le vieillissement de la population : un phénomène important qu'on ne doit pas monter en épingle

«Le déficit démographique et le vieillissement de la population sont des facteurs qui accroissent encore les pressions sur notre capacité financière à soutenir le rythme d'augmentation des dépenses liées à la santé.» (Discours inaugural du Premier ministre, 14 mars 2006).

Chercheurs et organismes divers sont de plus en plus nombreux à réfuter l'idée que le vieillissement de la population constitue un phénomène tel que les dépenses de santé croîtront à un rythme rendant la situation financière du gouvernement du Québec difficilement soutenable dans les années qui viennent.

À tout le moins faudrait-il reconnaître que la population âgée n'est qu'un facteur parmi tant d'autres, — et sans doute pas le plus important — influençant les coûts de santé²². Pensons entre autres aux paramètres économiques (évolution du PIB, inflation), à l'évolution du contrôle des maladies chroniques, aux politiques gouvernementales, et surtout, à la croissance des coûts des médicaments et des technologies.

D'autres ne voient pas dans le «vieillissement» un phénomène nouveau, sur lequel nous ne pourrions pas agir et auquel nous ne pourrions pas nous adapter. Rappelons que certains vieux pays ont connu le phénomène avant nous et à ce que nous sachions, il n'y a pas eu de crise insurmontable.

D'ailleurs, le Canada connaissait en 2005 un âge médian comparable ou inférieur à celui de plusieurs pays et ce sera toujours le cas en 2030 :

²² Voir Lefebvre, Anne et Soderstrom, Lee, *Rapport, Le vieillissement de la population québécoise : conséquences sur le financement des dépenses publiques de santé* présenté au Conseil de la santé et du bien-être, novembre 2000. On peut y lire que les dépenses publiques de santé devraient augmenter de seulement 1,5 % par année en moyenne au cours des 25 prochaines années, pour décroître par la suite.

Tableau 3
Âge médian dans certains pays, 2005 et 2030

Année	Canada	É.-Unis	Europe	Gr.-Bret.	France	Allemagne	Italie	Japon
2005	38,9	35,9	39,3	38,8	38,9	42,0	42,2	42,8
2030	44,8	38,2	46,1	42,5	43,6	47,1	51,7	51,7

Source : Secrétariat des Nations Unies, *World Population Prospects*, cité par *Projet de recherche sur le vieillissement de la population et la flexibilité des parcours de vie*²³, gouvernement du Canada, octobre 2005, p. 4.

Nous ne nions pas que les personnes de 65 ans et plus représenteront une part croissante de la population dans les décennies à venir, pas plus que nous ne nierons la baisse de natalité.

Mais nous ne pouvons souscrire à un placage mécanique de la réalité de demain sur celle d'aujourd'hui, sans nuance et sans tenir compte du fait que les choses évoluant, aucune situation ne peut être projetée dans le futur sur des bases immuables, encore moins dans le domaine de la santé, alors que l'amélioration de l'état de santé implique nécessairement l'atténuation du fardeau financier lié à la santé.

Nous ne pouvons non plus souscrire à l'idée que tout va changer d'un seul coup. Les changements sont prévisibles et souvent temporaires, ils se produisent graduellement et les décideurs publics disposent du temps nécessaire pour «voir venir les choses», les analyser et prendre les décisions appropriées.

Même à Santé-Canada, on sait faire la part des choses :

«Certaines recherches très utiles ont été réalisées, mais elles reflètent, pour une bonne part, certaines tendances idéologiques. [...] ...le vieillissement de la population sert parfois d'épouvantail à ceux qui affirment que les régimes financés par l'État ne sont pas viables à long terme. [...] Ce que nous espérons, c'est faire tomber l'idée selon laquelle le vieillissement de la population portera le coup de grâce à notre système de santé, car il n'y a rien qui permette de le croire.» (Ian Green, sous-ministre de la Santé, 2001).²⁴

Le *Document de consultation* fait abondamment référence au rapport du Comité sur la pérennité des services de santé dirigé par Jacques Ménard. Ce dernier fait partie de ceux pour qui le vieillissement de la population a des conséquences qui frisent la catastrophe.

Dans une contribution au *Devoir* du 9 mars dernier, il écrit :

«Le financement du système repose entièrement sur l'effort fiscal des contribuables qui paient des impôts et sur les entreprises qui contribuent au fonds de santé via une taxe sur leur masse salariale. Or, le vieillissement accéléré de la population du Québec aura pour effet de

²³ Hunsley, Terrance, Directeur principal de projet sur le vieillissement de la population et la flexibilité des parcours de vie, *Encourager les choix touchant le travail et le départ à la retraite*, PRP, Canada, octobre 2005.

²⁴ Santé Canada, *Bulletin de recherche sur les politiques de santé*, Volume 1, numéro 1, 2001

faire décroître de façon importante le nombre de personnes en âge de travailler par rapport aux personnes âgées de 65 ans et plus. De façon plus précise, ce ratio est passé de 8: 1 à la fin des années 60, à 5: 1 aujourd'hui. Il passera à 2: 1 dans 25 ans. Donc, les personnes au travail à ce moment-là ne seront pas assez nombreuses pour payer la facture à eux seuls. De plus, un tel fardeau fiscal constituerait une grave iniquité à leur égard.» (op. cit., p. A-15).

Notons que l'important quand on parle de «personnes en âge de travailler», c'est de savoir combien travaillent effectivement. Par exemple, en 1987, le Québec comptait 3 022,1 personnes en emploi, ou 70,9 % de l'ensemble des 20-64 ans ; en 2001, le taux atteignait 73,8 % (3 440,2 personnes). En prenant comme base le scénario de référence élaboré par l'*Institut de la statistique du Québec* par rapport à l'évolution démographique du Québec, on peut penser qu'en 2031, le Québec comptera 4 026 706 personnes en âge de travailler. Supposons qu'avec des actions ciblées (taux de participation, scolarisation, développement des régions-ressources, etc.) on augmente légèrement le taux des personnes en emploi à 77 %, ce sont 3 398 personnes qui seraient en emploi, à peine moins que ce que nous observions en 2001. À supposer un accroissement — même faible — de la productivité, nous devrions nous attendre à une augmentation de la richesse créée. Et à supposer un allongement de la moyenne de vie au travail, on peut espérer le mieux.

Le débat sur la question du vieillissement et de l'évolution démographique est à notre avis tellement polarisé qu'il justifie amplement et sérieusement la tenue d'une Commission parlementaire afin de faire le point sur un sujet qui semble déterminer l'orientation du gouvernement actuel et constituer l'un des défis premiers de sa ligne d'action.

D'ici là, nous tenterons de lancer quelques idées qui, nous osons l'espérer, jetteront un éclairage pertinent.

L'évolution démographique

Il existe un nombre considérable d'études sur l'évolution démographique, au sein de centres de recherche universitaire spécialisés sur la question ou dans le cadre de colloques organisés par différents organismes.

Martine Poulin, une étudiante au doctorat à l'École des relations industrielles de l'Université de Montréal, a produit un excellent résumé sur le «spectre du déclin démographique» dans l'édition du 28 octobre 2005 du *Devoir*. Nous nous permettons seulement d'en rappeler ici quelques lignes.

1. La population québécoise continue de croître, plus lentement mais sûrement : il y aura 700 000 personnes de plus au Québec en 2031 qu'en 2001.
2. La baisse de la population anticipée après les années 2031 est liée essentiellement au fait que les baby-boomers décéderont : ceux nés en 1945 auront 85 ans en 2031. Même en 2051, la population du Québec sera encore plus élevée qu'elle ne l'est aujourd'hui, soit 400 000 personnes de plus qu'en 2001.
3. En 2026, le nombre de personnes âgées de 20 à 64 ans sera de 4 568 000, une baisse de seulement 2 % (ou près de 100 000 personnes) par rapport à 2001. La population «en âge

de travailler» risque même d'être plus nombreuse si on envisage un accroissement relatif des personnes au travail de 65 ans et plus.

4. L'important, ce n'est pas qu'il y ait autant de personnes âgées de 20 à 64 ans en 2026 qu'en 2001 mais qu'il y ait relativement autant de personnes qui travaillent qu'en ce moment, puisque c'est principalement grâce à l'emploi que l'État perçoit des taxes, des cotisations sociales et des impôts. En 2001, 47 % de l'ensemble de la population du Québec était en emploi. Pour que ce ratio soit équivalent en 2026, il faudra 140 000 personnes en emploi de plus qu'en 2004 sur un horizon de 20 ans. C'est peu lorsqu'on considère qu'il s'est ajouté 300 000 personnes sur le marché du travail au cours des quatre dernières années.

Certains facteurs jouent actuellement sur une modification de la situation : l'intensification de la participation des femmes à la population active et l'accroissement du nombre d'heures travaillées en raison du relèvement du niveau de scolarité.

«Essentiellement, nous passerons d'une période de 30 ans de surplus de main-d'œuvre à une période prolongée de demande de main-d'œuvre relativement forte : nous ne prévoyons pas de pénurie généralisée de main-d'œuvre, mais il est fort probable qu'il sera difficile de répondre à la demande dans des secteurs précis.» (op. cit., p. 18)

En soi, l'évolution démographique pourrait ne pas poser de problème insurmontable si on se donne les moyens d'avoir une population en âge de travailler vraiment active et si les interventions gouvernementales sont dirigées vers le marché du travail et la croissance économique. Nous y reviendrons plus loin.

Le rapport de dépendance

Un élément-clé des arguments à l'appui du spectre démographique est celui du rapport de dépendance mesuré par le nombre de personnes en âge de travailler par rapport au nombre de personnes âgées, évoqué d'ailleurs par Jacques Ménard.

Susan A. McDaniel, du département de sociologie de l'Université d'Alberta, souligne avec justesse que les démographes ont beau reconnaître que cet indicateur est limité, il n'empêche qu'il continue d'influencer les décideurs publics²⁵. Elle relève trois aspects qu'il convient d'avoir en mémoire :

- ❖ Premièrement, l'âge de 65 ans présente un caractère artificiel comme seuil de la vieillesse. Or, la baisse de la mortalité et l'augmentation de la longévité sont sans doute des facteurs qui justifieront le déplacement de ce seuil.
- ❖ Deuxièmement, à mesure que s'accroît la longévité, nous sommes plus «jeunes» que nos ancêtres ne l'étaient à notre âge. Non seulement nous avons plus de temps devant nous, mais notre espérance de vie sans incapacité est plus longue.
- ❖ Troisièmement, le lien entre l'activité productive et les seuils d'âge utilisés en démographie tend à s'affaiblir. La relation entre vieillissement et économie dépend étroitement de la relation entre emploi et retraite : les mouvements d'aller-retour sur le marché du travail, voire

²⁵ McDaniel, Susan A., *Politiques sociales, changements économiques et démographiques et vieillissement de la population canadienne : leurs interactions*, Cahiers québécois de démographie, Vol. 32, no 1, printemps 2003.

de retour au travail après les départs à la retraite, s'intensifient, ce qui tend à modifier considérablement le «rapport de dépendance».

Une étude de l'OCDE²⁶ révèle qu'entre 1994 et 2004, donc en dix ans seulement, le taux d'activité des hommes et des femmes de 50 à 64 ans a augmenté respectivement de 5 et 13 points de pourcentage au Canada, ce qui est nettement plus que la moyenne observée dans les autres pays de l'OCDE.

Ce qu'il faut également voir — et cela est à mettre directement en lien avec des modifications éventuelles à la définition du rapport de dépendance — c'est qu'une proportion certaine des 65 ans et plus continuera d'être active sur le marché du travail. Il ne faut pas nier le fait que les personnes seront de plus en plus nombreuses à avoir 65 ans et à vouloir continuer de fournir leurs services dans diverses activités économiques compte tenu à la fois de leur longévité accrue et de l'amélioration de leur état de santé. De plus en plus, dans les pays industrialisés, on parle de «*vieillesse active*» via, par exemple, des programmes de retraite progressive intéressants. Le Québec n'y échappera pas.

Une *note d'information* du *Projet de recherche sur les politiques* [PRP] du gouvernement fédéral indique que si les départs à la retraite étaient reportés de deux ans, cela aurait un effet considérable sur l'offre de travail : en 2025, cette dernière serait égale à ce qu'elle est aujourd'hui. Mais cela aurait également un effet sur le rapport de dépendance.

Enfin, pour donner une illustration hypothétique, si notre définition des personnes âgées changeait et qu'elle passait à une strate de 75 ans et plus plutôt que de 65 et plus, cela signifierait qu'en 2041, les personnes âgées (de 75 ans et plus) composeraient 12 % de la population canadienne, soit exactement la même proportion que les personnes de 65 ans et plus actuellement.²⁷

Mais ce qui change sans doute plus la notion du rapport de dépendance c'est le fait que la population âgée peut compter sur des propres sources de revenus pour envisager l'avenir, et de moins en moins sur les transferts publics. La population âgée, littéralement, est beaucoup moins «dépendante» que par le passé.

Des «vieux» moins pauvres

Un autre élément dont il faut tenir compte, c'est que l'actuel vieillissement démographique incite à l'optimisme du point de vue économique : la génération des baby-boomers participera en effet activement et plus longtemps à l'activité économique que ses prédécesseurs, que ce soit directement sur le marché du travail ou indirectement par ses épargnes. D'une façon ou d'une autre, elle contribuera également aux recettes fiscales de l'État.

L'étude du PRP estime qu'il est important de noter que les augmentations prévues des impôts que la future génération des 65 ans et plus aura à payer contribueront à compenser les accroissements anticipés des transferts financiers et de coûts des services de santé qui leur seront imputables. «*L'épargne de la génération qui part à la retraite est considérable*» (*op. cit.*, p. 2).

²⁶ OCDE, Canada, vieillissement et politiques de l'emploi, 2005.

²⁷ *La Presse*, 2 août 2000, p. A-1.

Selon le rapport de 2005 de l'actuaire en chef du *Régime de pensions du Canada* (RPC), le pourcentage des bénéficiaires du régime de pensions du Canada qui reçoivent le supplément de revenu garanti (les plus pauvres), devrait passer de 35,8 % en 2005, à 28,8 % en 2025, à 20,5 % en 2055 et à 16,1 % en 2075, et ce, en ne supposant aucune bonification au régime actuel. Comme c'est le cas également pour le Québec, le niveau des cotisations suffira à assurer la viabilité du RPC pour les 75 prochaines années²⁸.

Deux économistes ont produit pour le *C.D. Howe Institute* ont estimé que l'épargne retraite accumulée jusqu'en 1999 au Canada générera des ponctions fiscales de l'ordre de 300 milliards de dollars²⁹.

Voilà autant de constatations qui font dire au Fonds monétaire international que le Canada est mieux placé qu'à peu près l'ensemble des autres pays pour faire face aux défis à long terme soulevés par le vieillissement de sa population.³⁰

Alors que nos parents n'ont pu faire le plein afin de toucher le maximum du *Régime des rentes du Québec*, ils reçoivent beaucoup moins de prestations, si on les compare avec ce que recevra la génération des baby-boomers. Une étude de 2006 de la *Régie des rentes du Québec* sur le revenu des personnes retraitées au Québec est particulièrement éloquent à ce sujet. Le tableau suivant illustre l'évolution des sources de revenus, depuis 1981, des personnes de 65 ans et plus.

Tableau 4
Part relative des sources de revenus et revenus moyens des personnes âgées de 65 ans et plus, Québec, 1981, 1991, 2001 (\$ constants de 2001)

Source de revenus	1981	1991	2001
	Part en %	Part en %	Part en %
SV	30	26	25
SRG	12	11	7
RRQ	11	17	21
Régimes privés (retraite)	12	17	29
Revenus de placements	20	18	11
Revenus de travail	12	8	4
Autres revenus	3	3	4
Revenu moyen	16 035 \$	19 196 \$	20 558 \$

Source : Carboneau, Denis & Fugère, Denis, RRQ, *Le revenu des personnes retraitées au Québec*, 1^{er} trimestre 2006

L'évolution du nombre de bénéficiaires est également très illustrative : en vingt ans, par exemple, le nombre de bénéficiaires du régime des rentes du Québec est passé de 47 % à 84 %. Chez les femmes mariées ou conjointes de fait le nombre est passé de 20 % à 70 %, montrant par là également qu'elles ont non seulement investi le marché du travail, mais qu'elles contribuent davantage au revenu familial. Quant aux femmes seules, veuves ou divorcées, le pourcentage des

²⁸ Bureau du surintendant des institutions financières Canada, bureau de l'actuaire en chef, *Rapport actuariel (7^e) sur le programme de la sécurité de la vieillesse*, 4 mai 2005.

²⁹ Robbins, Jenna et Veall, Michael R., *Future Taxes on Pension Savings as a Government Asset*, C.D. Howe Institute, Octobre 2002.

³⁰ FMI, 2006, *Article IV, Consultation with Canada Preliminary Conclusions of the IMF Mission*, décembre 2005.

bénéficiaires est passé de 34 % en 1981 à 82 % en 2001, illustrant une diminution certaine de leur «dépendance». Les mêmes constats sont à faire avec les régimes privés de retraite.

Les démographes Long MO et Jacques LÉGARÉ, quant à eux, ont examiné en 2005 la situation économique des baby-boomers par rapport à celle de leurs parents. Leurs résultats sont éloquent³¹ :

«À l'encontre de la vision négative répandue sur la préparation financière à la retraite des baby-boomers, la présente étude révèle que, à l'âge de 45-54 ans, les premiers boomers ont eu en moyenne un revenu considérablement plus élevé que leurs parents au même âge. Le revenu des boomers nés en 1946-1950 a atteint 37,0 milliers de dollars par personne à l'âge de 50-54 ans. [dollars constants de 2000, ndlr]

En comparaison, chez les individus appartenant à la cohorte de leurs parents, soit celle née en 1916-1920, leur revenu n'a été que de 22,8 milliers de dollars par personne au même âge.

Quant aux boomers nés en 1951-1955, ils ont eu un revenu de 35,5 milliers de dollars par personne à l'âge de 45-49 ans, ce qui est plus élevé que le revenu de la cohorte de leurs parents nés en 1921-1925 au même âge, étant de 22,3 milliers de dollars par personne.

En outre, les premiers boomers ont perçu un revenu de 23 milliers de dollars par personne quand ils avaient l'âge de 20-24 ans, alors que leurs parents ont atteint ce même niveau de revenu seulement à l'âge de 45-54 ans. Et puis, le revenu des boomers nés en 1951-1955 a atteint 30,6 milliers de dollars à l'âge de 40-44 ans, et a augmenté encore après le groupe d'âge surpassant le niveau maximum de revenu de la cohorte de leurs parents nés en 1921-1925, étant de 29,4 milliers de dollars par personne à l'âge de 55-59 ans.»

Outre l'épargne, la génération des baby-boomers bénéficiera également de plus d'actifs que ses prédécesseurs, en biens immobiliers notamment.

Bien sûr, cela ne dispose pas du fait que certaines catégories de personnes demeureront vulnérables : là encore il faudra déployer mesures et politiques adéquates dans leur direction. Pensons aux personnes à faible revenu, aux sans emploi, aux personnes peu scolarisées, etc.

Des «vieux» en meilleure santé

S'il fallait croire les fatalistes, l'accroissement de la population de 65 ans et plus va de pair avec un accroissement proportionnel des dépenses de santé, sans plus de discernement.

Un simple coup d'œil sur l'évolution de la population, sur celle des dépenses des services hospitaliers et en services médicaux soulève une constatation qu'on ne peut balayer du revers de la main.

³¹ Mo, Long et Légaré, Jacques, *Les premiers baby-boomers font-ils une meilleure préparation financière à la retraite que leurs parents? Revenu, patrimoine, protection en matière de pensions et facteurs démographiques*, texte ronéotypé, juillet 2005

Tableau 5
Population totale, population de 65 ans et plus,
dépenses en services hospitaliers et médicaux, (millions \$)
Québec, 1981 et 2005

Année	Population 65 ans et +	Population totale	Proportion Des 65 +	Dépenses services méd. & hospitaliers
1981	573 209	6 547 705	8,8 %	7 441, 1
2005	1 043 970	7 566 409	13,8 %	11 013,4
Variation 2005/1981	82,1 %			48,0 %

Source : ICIS, *op. cit.* et *ÉcoSantéQuébec*, édition 2005

Alors que la population de 65 ans et plus s'est accrue de plus de 80 % entre 1981 et 2005, les dépenses de santé en services médicaux et hospitaliers ont augmenté presque deux fois moins rapidement. On sait par ailleurs que les dépenses en médicaments et en nouvelles technologies, elles, ont connu une très forte croissance qui explique davantage l'accroissement du coût d'ensemble des soins de santé et des services sociaux.

Ce qu'il convient de retenir, ici, c'est que les choses n'évoluent pas de façon immuable et linéaire. Le passé, comme on l'a dit, ne peut être projeté mécaniquement dans le futur.

Lors des travaux de la Commission Romanow, en 2002, le directeur scientifique de l'Institut du vieillissement et doyen de la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke, D^r Réjean Hébert, expliquait qu'en appliquant les projections démographiques à l'utilisation des services de santé en 1970, on aurait dû assister à une croissance du nombre de jours d'hospitalisation ; or, on constate aujourd'hui que ce nombre a chuté des deux tiers.

Le même médecin, le 20 février dernier, écrivait dans *Le Devoir* que «*le vieillissement est la rançon de nos progrès sur la mort et la maladie. C'est la caractéristique de l'humanité et des civilisations évoluées.*»

Aussi triviale que puisse sembler une telle affirmation, elle implique que nous mettions les œillères de côté et que nous considérons le «vieillissement» dans ses aspects objectifs : de la même manière que la génération des baby-boomers fera des «vieux» plus fortunés, des citoyens à part entière, des contribuables du trésor public et des consommateurs énergiques, elle fera également des personnes en bonne santé, actives et beaucoup plus autonomes que les générations précédentes.

En juillet 2003, le ministre de la Santé intervenait à la Commission permanente des affaires sociales :

«... la majorité des personnes âgées actuellement sont en bonne santé et c'est une chose qu'il faudra répéter parce que, malheureusement, on a créé dans la population, volontairement ou non, la perception [...] que l'augmentation des coûts de santé et de services sociaux était due au

vieillesse de la population.» (Verbatim, Commission des Affaires sociales, 8 juillet 2003).

Le ministre réitérait à cette occasion l'absence de relation directe entre le vieillissement de la population et les coûts «*qu'on qualifie d'explosifs*» du système de santé et de services sociaux, et rappelait que l'amélioration de la santé et de la qualité de vie reposait non seulement sur l'amélioration des soins de santé, mais aussi sur «*l'hygiène générale de votre vie en société*» ainsi que sur la situation économique.

Laissons le mot de la fin au D^f Réjean Hébert :

«Donc, si l'on augmente modérément les crédits au système de santé public - une hausse facilement absorbable par la croissance économique -, si l'on effectue les recherches scientifiques adéquates sur le vieillissement et si l'on transpose ensuite ces conclusions en services, en pratiques et en politiques, on peut s'attendre à ce que des solutions novatrices soient découvertes et mises en oeuvre. Du coup, la qualité de vie ainsi que l'efficacité du système de santé canadien s'amélioreront et permettront de répondre aux besoins futurs des personnes âgées. Alors, les baby boomers, dont je fais partie, seront rassurés : l'avenir des soins de santé ne sera pas l'apocalypse.³²»

Comme moyen d'augmenter les crédits alloués à la santé, le D^f Hébert propose la constitution d'une caisse spécifique à la santé, ajustée selon le niveau de la richesse et non de la santé, une «*caisse pour tous, sans ségrégation, contrairement à la caisse vieillesse (ou autonomie c'est pareil) proposée par les rapports Clair et Ménard.³³*»

La voie à privilégier

Le Document de consultation souhaite que nous nous prononcions sur trois avenues : la hausse des transferts fédéraux, la mise en place d'un *Compte santé et services sociaux* ainsi que l'instauration d'un régime d'assurance contre la perte d'autonomie.

Nous aimerions d'entrée de jeu proposer une quatrième avenue, celle de la constitution d'une caisse publique, à l'instar du D^f Hébert.

Une quatrième avenue de solution : une caisse publique

Nous avons évoqué lors des travaux du comité Ménard l'idée d'accroître les entrées fiscales aux fins exclusives du système de santé, en respectant les revenus des contribuables (particuliers et entreprises) selon un système progressif, sans aucun montant fixe universel et sans plafond, afin que chacun puisse mettre l'épaule à la roue selon ses capacités.

Nous nous sommes également dits d'accord avec l'idée de mettre en place une véritable politique énergétique qui, tout en respectant la capacité de payer des plus démunis,

³² Hébert, Réjean, Institut de recherche en santé du Canada, *Le système de santé survivra-t-il au vieillissement de la population?*, juillet 2005.

³³ *Le Devoir*, 20 février 2006.

permettrait de dégager des sommes dont une partie pourrait être dédiée aux services de santé. Dans le même souffle, nous voulions nous assurer que les services et les soins de santé continuent d'être dispensés par le système public.

Enfin, nous nous étions montrés ouverts à l'idée d'une caisse-santé, à la condition d'approfondir davantage la question des modalités de même que le débat sur l'équité inter-générationnelle. Il est possible, en effet, d'envisager le financement de la santé dans une caisse spécifique, séparée du fonds consolidé de la province, tel la SAAQ, la RRQ ou l'assurance emploi au fédéral, où les contributions seraient à la mesure des revenus individuels et de ceux des sociétés, sans plafond et sans échappatoire. **Nous lançons de plus l'idée de hausser la contribution des employeurs au *Fonds de santé***, dans la mesure où le Québec leur accorde sur ce plan une position fort avantageuse comparativement à ce que l'on peut constater ailleurs.

Mais en premier lieu, nous sommes convaincus que si le gouvernement du Québec se dotait d'une véritable politique de développement économique améliorant la production de richesse collective, il sortirait gagnant des défis qu'il entend relever, à savoir rehausser l'état des finances publiques et assurer le financement des besoins futurs dans le domaine de la santé et des services sociaux. Les fruits d'une telle politique économique, axée sur les nombreux atouts du Québec en termes de richesses naturelles et de possibilités de transformation, de qualification de sa main-d'œuvre et d'avancées technologiques, se traduiraient inmanquablement par un accroissement substantiel des ressources gouvernementales.

En second lieu, nous sommes convaincus que le déséquilibre fiscal fait partie de la solution et qu'il presse de dénouer ce qui est en voie de se transformer une impasse. Nous appuyons donc la première avenue proposée par le *Document de consultation*, dans la mesure où la «hausse» envisagée du transfert fédéral dont il est question dispose du déséquilibre fiscal.

Le déséquilibre fiscal

Nous avons toujours été de ceux et celles pour qui l'importance de résoudre l'épineux problème du déséquilibre fiscal n'est plus à démontrer.

Nous avons réitéré notre appui aux divers gouvernements qui se sont succédés et continuerons de le faire tant et aussi longtemps que le Québec n'aura pas obtenu satisfaction sur l'une des rares questions qui fait l'unanimité au sein de la société québécoise.

Rappelons, pour mémoire, l'une des conclusions du mémoire de la FTQ présenté à la *Commission sur le déséquilibre fiscal* en septembre 2001 :

«Nous estimons que le gouvernement du Québec doit exiger la remise des transferts fédéraux aux fins des programmes sociaux (actuellement le TCSPS) 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. Nous estimons ensuite que le TCSPS ainsi calculé doit 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, protégeant ainsi le Québec des décisions unilatérales et imprévisibles du gouvernement fédéral. 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.»

Un compte santé et services sociaux

Lors de notre participation au «comité Ménard», nous avons souscrit à l'idée de la création d'un **Compte santé et services sociaux à l'intérieur du Fonds consolidé du revenu du gouvernement du Québec**. Ce relevé établirait les liens entre l'ensemble des dépenses de santé et de services sociaux d'un côté et les différentes sources de revenus associées à leur financement de l'autre. Il servirait également à garantir à la population que la contribution des employeurs au *Fonds des services de santé* et le prélèvement de tout revenu additionnel servent effectivement à financer les dépenses de santé et de services sociaux. Nous réitérons cet appui.

Nous sommes également d'accord avec la tenue d'une commission parlementaire annuelle sur le financement des dépenses de santé et de services sociaux, mais aussi sur l'évolution des grands enjeux de notre système de santé, comme la présente commission parlementaire nous permet de le faire.

Un régime d'assurance contre la perte d'autonomie?

Le *Document de consultation* place d'entrée de jeu le vieillissement comme toile de fond à la nécessité de trouver une mesure de financement ciblée sur les personnes en perte d'autonomie. Nous l'avons dit : une commission parlementaire sur le vieillissement s'impose.

Mais à titre de participante au comité de travail sur la pérennité du système de santé et de services sociaux du Québec, la FTQ a déjà manifesté son désaccord sur la création d'un régime d'assurance contre la perte d'autonomie (soins de longue durée). Nous nous permettons d'en rappeler brièvement les raisons.

Compte tenu précisément de ce qui a été dit plus haut sur le vieillissement et l'exagération que certains font du phénomène, nous disons qu'un tel régime d'assurance contre la perte d'autonomie ne nous apparaissait pas nécessaire, d'autant plus que le mode de financement proposé ne nous semblait pas équitable : le comité Ménard prévoit des contributions de la part des gouvernements et contribuables, mais rien du côté patronal...

Concernant l'équité intergénérationnelle comme argument invoqué pour justifier la mise sur pied d'un tel régime, nous disons qu'il ne fallait faire fi ni de l'apport fiscal des personnes âgées, ni du soutien que la génération des baby-boomers apporte et apportera à leurs parents, enfants et petits-enfants.

Nous disons également que de préconiser la création d'un fonds pour financer des services en fonction du vieillissement de la population équivaldrait pour ainsi dire à escamoter la question du financement adéquat des besoins présents, car c'est aujourd'hui qu'ils sont les plus aigus pour les personnes les plus âgées et qu'ils ne sont pas comblés :

❖ lacunes dans les services de soutien à domicile;

- ❖ efforts nécessaires en prévention (pensons seulement aux maladies chroniques et maladies infectieuses);
- ❖ accès aux services de première ligne;
- ❖ pénurie de main-d'œuvre;
- ❖ absence de cohérence, de continuité et de complémentarité entre les divers services médicaux et hospitaliers;
- ❖ amélioration de la qualité des services;
- ❖ lutte à la pauvreté.

L'endettement public

Avec le vieillissement de la population, la «spirale de la dette» est devenue l'ennemi numéro un à abattre si on ne veut pas compromettre notre richesse, nos programmes et nos services.

Le rapport Ménard allègue même qu'«*avant même d'envisager toute solution visant à assurer la pérennité du financement du système de santé et de services sociaux, le comité estime que le gouvernement devrait entreprendre de rembourser progressivement la dette publique*³⁴.»

Appelée à participer en février dernier aux consultations pré-budgétaires du ministre des Finances, Michel Audet, la FTQ a fait connaître son point de vue sur la question. Nous estimons nécessaire d'y revenir brièvement ici.

La FTQ a alors choisi d'axer son intervention sur la nécessité, pour le gouvernement, de mettre au centre de ses préoccupations l'état de l'économie et de se doter d'un minimum de politique de développement économique, plutôt que d'axer ses priorités sur l'allègement de la dette publique.

Non pas parce que la FTQ est indifférente à la question de l'endettement, mais parce qu'elle est convaincue qu'une croissance économique soutenue est l'un des éléments clés de la solution au problème.

La croissance économique

En effet, lorsque l'économie va bien, le poids relatif de la dette par rapport au produit intérieur brut diminue sans qu'aucune autre mesure de réduction de la dette n'ait été prise, du seul fait de la croissance de l'économie, et il en sera ainsi tant et aussi longtemps que le PIB augmentera plus vite que la dette.

Au lendemain de la 2^e guerre mondiale, la dette canadienne représentait quelque 180 % du PIB, mais du seul fait du développement économique, elle s'est «auto-résorbée» en 30 ans à peine³⁵.

Plus près de nous, la dette fédérale représentait 68,4 % du PIB en 1996-1997; en 2004-2005, elle en était à 38,7 %, soit 29,7 points de pourcentage en moins. La croissance du PIB a représenté 83,5 % de la diminution !

³⁴ Comité de travail sur la pérennité du système de santé et de services sociaux du Québec, *Pour sortir de l'impasse : la solidarité entre nos générations*, juillet 2005, p. 48.

³⁵ Élie, Bernard, *Maisonnette en direct*, 2006.

Au Québec, sans qu'aucune mesure n'ait été prise spécifiquement pour réduire la dette, le ratio de la dette représentant les déficits accumulés³⁶ par rapport au PIB est passé de 43,8 % en 1997-98 à 30,9 % en 2005-06 — une diminution substantielle — et durant la même période, le service de la dette totale en pourcentage des revenus budgétaires diminuait de 17,7 % à 13,1 %.

«Sur la base d'une extrapolation rendant globalement la dette de l'ensemble des gouvernements au Québec comparable aux données publiées par l'OCDE, le Québec se situe près de la moyenne de l'OCDE et au sein d'un groupe de pays incluant l'Espagne, la France, les Pays-Bas, les États-Unis, l'Autriche et l'Allemagne. [...]

La bonne position relative du Canada (et du Québec) dans ce classement international est en fort contraste avec la situation qui prévalait au début des années 1990.³⁷»

Nous pouvons parier que si le gouvernement développait une attitude plus agressive envers l'économie, adoptait des programmes ciblés pour les secteurs en difficulté, mettait en place des mesures favorisant la scolarisation, la formation continue, le déplacement et la réorientation de la main-d'œuvre, l'allègement du poids de la dette serait encore plus grand.

Des dépenses «d'épicerie» seulement?

Le Document de consultation pré-budgétaire du ministre Audet écrit correctement qu'«il est acceptable pour le gouvernement de recourir à l'endettement pour financer des immobilisations ou des actifs financiers». Mais il n'a pas le droit d'écrire qu'«en revanche, [toute] la dette qui a servi dans le passé à payer des dépenses courantes [ou «d'épicerie»] devrait être remboursée», puisqu'elle comprend une part sans doute substantielle de dépenses d'immobilisations. Nous avons demandé au ministre d'estimer précisément ces dépenses.

Nous déplorons ici le fait que le ministre de la Santé et des services sociaux reprenne dans son propre document de consultation la même rhétorique.

En traitant la question comme si tout ce qui avait été dépensé avant la réforme comptable de 1997-1998 était parti en fumée, on omet de nous dire ici que les dépenses courantes comprenaient alors les dépenses d'immobilisations et que par conséquent, les emprunts nécessités par la construction de routes et de ponts, d'édifices administratifs, d'écoles, d'hôpitaux, de barrages hydro-électriques, de réseaux d'égouts et d'aqueducs, de bases récréatives, d'infrastructures de toutes sortes, ont contribué à accroître la dette. Ces dépenses ont également contribué à constituer un legs pour l'ensemble de la société québécoise, qui souffre de ses défauts certes, mais qui rayonne de qualités.

On omet également de souligner qu'une bonne partie de la dette, plutôt que d'avoir été constituée de dépenses «d'épicerie», a été alimentée durant plusieurs années par une politique monétaire axée sur des taux d'intérêt élevés.

³⁶ Voir en annexe les définitions techniques.

³⁷ Joanis, Marcelin et Montmarquette Claude, *La problématique de la dette publique au Québec : causes, conséquences, solutions*, Cirano, Rapport Bourgogne, septembre 2005.

Une autre question mérite d'être signalée : au 31 mars 2005, et en tenant compte du passif à l'égard des régimes de retraite du gouvernement du Québec, 90,7 % de la dette contractée sur les marchés l'a été en dollars canadiens. Comme il a été souvent indiqué par le passé, une telle structure d'endettement ne comporte pas de risque de change pour le Québec. La dépendance économique et politique à laquelle nous exposerait une dette extérieure plus grande est d'autant diminuée.

Enfin, il faudrait également expliquer davantage que certains éléments constitutifs de la dette, et de son accroissement, proviennent délibérément de la politique gouvernementale. Ainsi, le gouvernement comptabilise dans ses revenus la totalité des profits des sociétés d'État, comme Hydro-Québec par exemple, mais il n'en reçoit qu'une partie, les sociétés gardant la différence à des fins de réinvestissement. Le gouvernement se doit alors d'emprunter cette différence, ce qui ajoute à la dette et ce qui a représenté près de 10 milliards de dollars de 1997-98 à aujourd'hui.

Que faire?

Le récent budget a mis l'accent sur un *Fonds des générations* alimenté à même, principalement, de redevances sur Hydro-Québec et sur l'eau. L'objectif poursuivi : avoir constitué une réserve de 30 milliards de dollars en 2025, pour ramener le poids de la dette à 25 % du PIB. Le ministre Audet a lui-même expliqué que sans la mesure, le jeu de l'économie aurait porté ce poids à 30 % du PIB. Le jeu en valait-il la chandelle? Imaginons ce que de telles sommes pourraient signifier pour la santé et l'éducation ! Imaginons les avantages de faire des générations actuelle et à venir une population éduquée et en santé? À la FTQ, nous n'étions pas contre le fait de lancer un signal et lors du Sommet de 1996, nous avons lancé l'idée de la constitution d'un *Fonds du patrimoine* renfloué à même une taxe sur les institutions financières pour diminuer le poids de la dette et d'utiliser plutôt les surplus des organismes publics pour venir à la rescousse des services publics de base. Nous restons sur notre position.

À la FTQ, nous comprenons l'inquiétude manifestée par certains groupes de jeunes à l'égard de la dette, inquiétude qui repose beaucoup sur la complexité du problème et l'absence d'une sensibilisation adéquate aux enjeux qui en découlent. Mais si la réduction de la dette a pour conséquence de priver l'économie, pendant des périodes fort longues, de sommes significatives qui auraient pu être autrement dépensées pour des besoins criants, il faut se demander quel en sera le véritable effet pour les générations futures. Ces dernières auront peut-être bénéficié d'une réduction (fort relative) de la dette, mais elles auront sans aucun doute subi davantage de dommages en l'absence d'investissements productifs dans leur éducation, leur santé, leur travail et leur environnement. N'est-ce pas à cela qu'il faut d'abord et avant tout s'attaquer?

Voilà pourquoi la FTQ estime que le gouvernement doit conserver toute la marge de manœuvre possible pour effectuer les réinvestissements nécessaires dans les services publics et les secteurs économiques qui en ont besoin. La voie de l'avenir passe irrémédiablement par la vitalité de l'économie.

CONCLUSION

Si nous avons insisté, au début de ce mémoire, pour rappeler la «profession de foi» du Premier ministre et du ministre Couillard envers le système public de soins de santé et de services publics, c'est que nous croyons qu'en pratique, cette dernière doit se traduire par un projet qui respecte en tous points les principes sous-jacents à ce système public.

Après avoir fait la démonstration que l'assurance privée et la privatisation sont des voies non seulement périlleuses pour le réseau public mais également inefficaces sur le plan de la prestation de soins et de services de qualité, de l'équité et de l'universalité, le *Document de référence* propose une voie où la garantie d'accès publique est privilégiée mais qui, paradoxalement, pave la voie non seulement à l'assurance privée dans le cas de certaines chirurgies électives mais aussi à son élargissement graduel. C'est malheureusement trop souvent là le canal entre la fissure, la brèche et l'ouverture. Nous ne pouvons pour cette raison souscrire à la levée de l'interdiction de l'assurance privée pour les services médicaux et hospitaliers couverts par le régime public.

Nous insistons pour dire que les délais d'attente ont été largement réduits et que des solutions différentes de celle préconisée par le jugement Chaoulli pourront être apportées afin de résoudre les difficultés qui subsistent. Le gouvernement, croyons-nous, peut et doit invoquer à cet égard la clause de dérogation.

Nous sommes convaincus que le statu quo n'est pas la solution aux problèmes soulevés par l'ensemble de la consultation. Voilà pourquoi nous avons avancé une série de recommandations qui visent à améliorer le fonctionnement et la prestation des soins et services, qu'il s'agisse de la gestion des listes d'attente, de la chaîne d'accessibilité – du médecin de famille au spécialiste –, de la consolidation du corridor entre les différents établissements et services, de la continuité des soins, de leur qualité et de leur complémentarité. Nous appuyons les efforts de prévention, ceux dévolus au recrutement des professionnels de la santé et nous souhaitons voir améliorées l'ensemble des conditions dans lesquelles évolue le personnel de la santé.

Nous nous préoccupons également de la question du vieillissement de la population. Nous croyons qu'il s'agit là d'une question qui mérite d'être approfondie, du fait même de l'importance que lui accorde le gouvernement dans la définition de l'orientation de ses politiques : nous avons proposé la tenue d'une commission parlementaire sur le sujet.

Finalement, quant aux trois avenues de financement proposées par le *Document*, nous avons exprimé l'avis qu'il faut continuer à revendiquer le règlement, une fois pour toutes, du déséquilibre fiscal. Nous appuyons la mise en place d'un *compte santé et services sociaux* dans un esprit de transparence et de libre circulation de la meilleure information possible. Nous doutons sérieusement de l'efficacité d'un *régime d'assurance contre la perte d'autonomie* et proposons plutôt la mise sur pied d'une caisse publique dédiée à la santé, où les contributions seraient à la mesure des revenus individuels et de ceux des sociétés, sans plafond et sans échappatoire.

En bref, nous sommes de ceux et celles pour qui l'ensemble des efforts doivent être dirigés vers la préservation de nos services publics.