

**FÉDÉRATION
DES MÉDECINS
SPÉCIALISTES
DU QUÉBEC**

Mémoire de la Fédération des médecins spécialistes du Québec

**Commission sur le
déséquilibre fiscal**

Le 21 septembre 2001

TABLE DES MATIÈRES

1. INTRODUCTION	2
2. DÉSÉQUILIBRE FISCAL : CONSTATS GÉNÉRAUX	3
2.1 La situation privilégiée du fédéral.....	3
2.2 Champs de compétence	4
2.3 La diminution des transferts fédéraux	4
2.4 La croissance des dépenses en santé	4
2.5 L'unanimité des provinces	4
2.6 Le déséquilibre fiscal propre au Québec.....	5
3. LES SOINS DE SANTÉ À LA POPULATION : D'UN OCÉAN À L'AUTRE	7
3.1 La formation médicale.....	7
3.2 La Loi canadienne sur la santé	7
3.3 Le système de santé québécois.....	8
4. POSITION DE LA FÉDÉRATION.....	10
4.1 Le maintien de normes nationales	10
4.2 Financement du gouvernement fédéral.....	10
4.3 Transparence dans les transferts fédéraux	11
4.4 Respect du champ de compétence des provinces	11
5. CONCLUSION	13

1. INTRODUCTION

La Fédération des médecins spécialistes du Québec regroupe 34 associations de médecins spécialistes représentant toutes les disciplines médicales, chirurgicales et de laboratoire exercées au Québec. Au total, 7 500 médecins spécialistes sont membres de la Fédération.

La mission de la Fédération est de défendre et de promouvoir les intérêts économiques, professionnels et scientifiques de ses membres. Au-delà de cette vocation, la Fédération est aussi fermement convaincue de son rôle social et politique et, dans ce contexte, participe activement au maintien d'une accessibilité des soins de santé pour tous les Québécois.

Devant les tensions qui ébranlent notre système de santé, la Fédération des médecins spécialistes du Québec se sent directement interpellée à participer à tout effort pouvant contribuer à l'amélioration du modèle québécois en matière de santé. Intervenante privilégiée du milieu, la Fédération se fait l'écho de ceux et celles qui sont au cœur du réseau de la santé en proposant une vision éclairée et des moyens d'action qui reflètent une pratique moderne de la médecine spécialisée.

C'est donc sous l'angle des soins de santé à la population que la Fédération souhaite intervenir dans le cadre des discussions concernant l'actuel déséquilibre fiscal entre le gouvernement fédéral et celui du Québec.

2. DÉSÉQUILIBRE FISCAL : CONSTATS GÉNÉRAUX

Dans un premier temps et afin de mieux situer le contexte des commentaires de la Fédération, nous souhaitons faire état des constats généraux suivants, lesquels ressortent notamment des documents fournis par la Commission.

2.1 La situation privilégiée du fédéral

Au niveau des revenus :

Les revenus autonomes du gouvernement fédéral étaient en 2000-2001 de 179 milliards de dollars contre 164 milliards de dollars pour l'ensemble des provinces.

L'impôt des particuliers représentait 47 % des revenus autonomes du gouvernement fédéral comparativement à 30 % des revenus autonomes des provinces. Dans le cas spécifique du Québec, le gouvernement fédéral occupe 58 % du champ de taxation de l'impôt des particuliers, tandis que le gouvernement du Québec en occupe 42 %. Or, l'impôt des particuliers est le champ de taxation qui offre le potentiel de croissance le plus élevé.

Au niveau des dépenses :

Les secteurs de la santé, des services sociaux et de l'éducation génèrent des dépenses fort importantes pour les provinces. En 2000-2001, elles s'élevaient à 122 milliards de dollars représentant plus des trois quarts des dépenses des provinces (160 milliards de dollars).

En comparaison, l'ensemble des dépenses fédérales étaient, cette même année, de 120 milliards, soit moins que les dépenses pour les trois programmes de juridiction provinciale.

Au niveau des surplus :

Depuis plusieurs années déjà, le gouvernement fédéral dégagne d'importants surplus budgétaires.

Le solde budgétaire fédéral est passé de 3,5 milliards de dollars en 1997-1998 à 12,3 milliards de dollars en 1999-2000, à 15 milliards de dollars en 2000-2001 et est prévu à 7,3 milliards de dollars en 2001-2002.

Du côté des provinces, si on exclut l'Alberta, ce n'est qu'à partir de 1999-2000 que le solde est devenu excédentaire à 0,1 milliard de dollars, de 4,9 milliards de dollars en 2000-2001 et de 1,1 milliard de dollars en 2001-2002.

2.2 Champs de compétence

En vertu de la Constitution canadienne, ce sont les provinces qui ont la compétence de trois programmes majeurs, soit la santé, l'éducation et les services sociaux.

2.3 La diminution des transferts fédéraux

Il est important d'insister sur la baisse notable des transferts fédéraux en espèces aux provinces.

Après avoir consacré plus du quart de ses revenus aux paiements de transferts en 1983-1984, le gouvernement fédéral n'y consacrait plus que 14 % en 1999-2000.

Pour le Québec, la part des transferts fédéraux en espèces ne représente plus que 16 % de ses revenus comparé à 28 % en 1983-1984.

Dans les secteurs de la santé, des services sociaux et de l'éducation, la part financée par le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS) du fédéral est passée de 23 % en 1985 à 11 % en 1998-1999. Soulignons que le montant qui est versé par le fédéral est déterminé à chaque année de manière discrétionnaire.

2.4 La croissance des dépenses en santé

Le secteur de la santé est un secteur des plus névralgiques en raison notamment des besoins actuels de la population.

C'est dans ce secteur que les dépenses augmentent le plus rapidement, soit 47,9 % entre 1990-1991 et 2000-2001.

Au Québec, malgré toutes les mesures mises en place, les dépenses dans le secteur de la santé continuent à croître à un rythme supérieur à 4 % par année.

2.5 L'unanimité des provinces

La question du déséquilibre fiscal, notamment dans le secteur de la santé, fait l'unanimité des provinces. À la suite de la Conférence annuelle des premiers ministres provinciaux de 2000, les ministres des finances des provinces et territoires ont préparé le document « S'attaquer au déséquilibre fiscal » qui présente diverses propositions de réforme afin de réduire de manière durable les déséquilibres fiscaux horizontaux et verticaux au Canada. On y indique :

« Les ministres des finances se sont entendus sur un ensemble de solutions à examiner, lesquelles réduiraient les déséquilibres fiscaux entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux. Le gouvernement fédéral enregistre des surplus de plusieurs milliards de dollars. Par conséquent, il a amplement les moyens de

financer davantage les programmes qui comptent le plus pour les Canadiens, tout en écartant les risques de déficit fédéral. »

Ce document a servi de base de discussion à la Conférence annuelle 2001 des premiers ministres provinciaux qui s'est tenue à Victoria, du 1^{er} au 3 août dernier. Les premiers ministres ont traité tout particulièrement de la question de la santé et, à la fin des discussions, ont officiellement demandé au fédéral la mise en place de différentes mesures permettant de hausser le financement du fédéral aux provinces pour la santé. Le communiqué officiel mentionnait :

« Les premiers ministres ont souligné que le système actuel de soins de santé a été conçu il y a quelque 40 ans en prenant pour acquis que ces coûts seraient partagés en parts égales entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux-territoriaux. La part de la contribution fédérale pour les services de santé des provinces et des territoires a diminué de façon importante au cours des 25 dernières années. Tous les premiers ministres conviennent que ce problème doit être revu et corrigé par une augmentation des paiements de transferts fédéraux. »

Une rencontre spéciale des premiers ministres aura lieu à la mi-janvier 2002 pour faire progresser un plan d'action interprovincial-territorial visant à améliorer la gestion des coûts de santé.

Il est intéressant de noter que le Canada n'est pas le seul pays à devoir se questionner concernant les arrangements financiers intergouvernementaux. Le document « Arrangements financiers intergouvernementaux : Allemagne, Australie; Belgique; Espagne; États-Unis; Suisse » préparé par la commission cite de nombreux exemples de pays qui ont examiné cette problématique et certains qui ont déjà agi à ce sujet.

2.6 Le déséquilibre fiscal propre au Québec

Il est impossible de parler de déséquilibre fiscal sans mentionner le déséquilibre qui existe actuellement entre la fiscalité des particuliers au Québec et celle des autres provinces.

La Commission des finances publiques a tenu en 1999 une consultation publique sur la réduction de l'impôt des particuliers. La Fédération avait alors fait connaître son point de vue par le biais d'un mémoire présenté devant la Commission qui faisait notamment valoir que:

- Le fardeau fiscal des québécois est trop élevé;
- L'impôt des particuliers représente une partie trop élevée des recettes du Québec, soit 43,4 % comparé à 32 % pour l'Ontario;

- Par son régime progressif, le fardeau fiscal québécois touche, plus que tout autre groupe, les contribuables à revenu supérieur à la moyenne, dont font partie les médecins spécialistes. Ces particuliers représentaient alors 1,3 % des contribuables mais acquittaient 15,4 % des impôts prélevés, soit plus que dans toute autre province canadienne ou pays du G7.

Malgré les changements qui ont été apportés en terme de réduction d'impôts pour les particuliers à la suite de cette commission, cette réalité demeure.

Rappelons qu'il est reconnu qu'un taux d'imposition élevé nuit à l'incitation au travail et contribue à accentuer la mobilité des travailleurs spécialisés, notamment les médecins spécialistes, ce qui a un effet négatif sur l'accessibilité aux soins.

3. LES SOINS DE SANTÉ À LA POPULATION : D'UN OCÉAN À L'AUTRE

3.1 La formation médicale

D'abord, il importe de rappeler que les médecins québécois et canadiens reçoivent le même type de formation selon les mêmes standards. On retrouve ainsi, partout au Canada, une pratique spécialisée équivalente.

Ceci a pour effet de permettre une grande mobilité des médecins d'une province à l'autre. Cette mobilité sera d'ailleurs à l'avenir davantage facilitée autant pour les médecins québécois souhaitant pratiquer ailleurs que ceux des autres provinces voulant pratiquer au Québec. En effet, afin de pouvoir pratiquer dans une autre province, un médecin spécialiste québécois doit réussir, en plus de l'examen québécois, l'examen du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Un médecin d'une autre province doit, pour sa part, réussir en plus l'examen du Québec pour pouvoir pratiquer ici. Or, le Collège des médecins du Québec a appuyé dernièrement un projet d'harmonisation visant à intégrer l'examen de spécialité du Collège royal dans trois spécialités (chirurgie orthopédique, neurologie et radio-oncologie) dans un premier temps, et dans dix autres par la suite. Ainsi, tant les médecins du Québec que ceux d'autres provinces n'auront qu'à réussir un seul examen de spécialité pour pouvoir pratiquer n'importe où au Canada.

3.2 La Loi canadienne sur la santé

Les patients sont en droit d'avoir accès aux mêmes soins, selon les mêmes critères d'accessibilité et de qualité et ce, partout au Canada. À ce titre, la *Loi canadienne sur la santé* établit les conditions que les provinces doivent satisfaire pour pouvoir bénéficier de l'octroi et du versement du transfert canadien en matière de santé et de services sociaux. Les cinq normes sont :

- **La gestion publique** : Le régime provincial d'assurance santé doit être géré sans but lucratif par une autorité publique;
- **L'intégralité** : Tous les services de santé fournis par les hôpitaux, les médecins ou les dentistes doivent être assurés;
- **L'universalité** : Tous les assurés ont droit aux services de santé selon des modalités uniformes;
- **La transférabilité** : Suppose que les résidents d'une province qui se déplacent dans une autre province temporairement aient accès aux services de santé assurés;
- **L'accessibilité** : Les services de santé doivent être offerts selon des modalités uniformes et sans qu'il n'y ait d'obstacles à un accès satisfaisant des assurés aux services. La Loi spécifie également que cette condition « *prévoit une rémunération raisonnable de tous les services de santé assurés fournis par les médecins ou les dentistes.* »

3.3 Le système de santé québécois

Le système de santé au Québec s'est beaucoup détérioré particulièrement au cours de la dernière décennie. La baisse des transferts fédéraux y a fortement contribué ainsi que les différentes coupures budgétaires et mesures mises en place par le gouvernement du Québec visant, entre autres, la poursuite du déficit zéro.

Les données suivantes provenant, entre autres, de l'Institut canadien d'information sur la santé, selon un estimé pour l'année 2000, fournissent un portrait de notre système de santé et des conséquences qui en découlent :

Les dépenses per capita

Les dépenses totales en santé au Québec pour l'année 2000 sont estimées à 2 815 \$ per capita alors que la moyenne canadienne est de 3 093 \$. De son côté, l'Ontario y consacre près de 3 200 \$ per capita.

Le financement des hôpitaux

Il représente une partie beaucoup plus importante des dépenses de santé du Québec, soit 37 % comparé à une moyenne canadienne de 32 % et à moins de 30 % pour l'Ontario.

Le coût des médicaments

À ce niveau, le Québec dépasse la moyenne canadienne, y consacrant 16,6 % de son budget de santé comparé à 15,5 % pour le Canada.

Le Québec s'est doté d'un régime d'assurance médicament des plus coûteux et dont les coûts continuent d'augmenter d'environ 15 % par année, ce qui a déjà entraîné deux hausses consécutives des primes acquittées par les personnes assurées. Que nous réserve le 1^{er} janvier prochain?

La rémunération des médecins

À ce niveau, seules deux provinces y consacrent une plus faible part de leur budget de santé que le Québec. Ainsi, la rémunération des médecins ne compte que pour 11,6 % du budget de la santé au Québec comparée à une moyenne canadienne de 13,5 % et à 15,2 % pour l'Ontario.

Lorsque l'on examine les données de l'Institut canadien d'information sur la santé, on constate que les médecins spécialistes québécois sont les moins bien rémunérés au Canada!

Il ne s'agit pas ici de comparer la rémunération des médecins québécois avec celle de leurs confrères américains (quoique, à notre avis, rien ne justifie l'ampleur des écarts). Toutefois, lorsque l'on constate un écart de 40 % avec nos voisins ontariens, lesquels bénéficient également de conditions de travail et d'une fiscalité plus avantageuses, on peut facilement imaginer les conséquences sur la mobilité des médecins.

À ce titre, mentionnons qu'il n'y a plus au Québec que 39 chirurgiens cardiaques actifs. Citons également à titre d'exemple, le cas de l'Hôpital Saint-Michael de Toronto, mentionné il y a quelques mois dans les quotidiens : des 5 chirurgiens cardiaques qui y travaillent, 4 ont été formés au Québec et le cinquième y a même déjà travaillé! De plus, 6 des 18 cardiologues de l'établissement proviennent du Québec.

La qualité de l'équipement médical

Il est primordial pour les patients d'avoir accès à des équipements médicaux et des technologies appropriés pour le diagnostic et le traitement de leurs pathologies. En effet, l'exactitude et la fiabilité des examens diagnostics dépendent de la disponibilité d'équipements adéquats et performants.

On constate des carences notables au niveau de l'achat, du renouvellement et de l'entretien des équipements médicaux. La Fédération a dénoncé à plusieurs reprises le déficit technologique d'envergure qui s'est creusé au fil des ans dans les hôpitaux et aussi le fait qu'il n'existe pas de programme provincial structuré de renouvellement d'équipements et d'instruments médicaux basé sur la durée de vie utile des équipements. Au cours de la dernière année, les gouvernements fédéral et provincial ont annoncé des budgets supplémentaires pour des équipements médicaux. On se réjouit de ce pas dans la bonne direction, mais d'autres efforts importants devront être faits afin de remplacer les équipements désuets et d'acquérir les nouvelles technologies performantes.

L'accès au plateau technique

Les problèmes budgétaires empêchent également les centres hospitaliers de fonctionner à pleine capacité durant toute l'année. Afin d'éviter des déficits, les centres hospitaliers ferment des lits, même des départements entiers, des salles d'opération ou des cliniques externes. Ceci a pour effet de limiter de façon importante les services que les médecins sont aptes à offrir et pour lesquels ils ont été formés. Comment justifier qu'un médecin spécialiste, ayant complété plus de 10 années de formation médicale, ne jouisse souvent que d'une seule journée opératoire par deux semaines? Ceci a un effet important sur les listes d'attente et aussi sur la mobilité des médecins spécialistes.

Les délais d'attente

Il est clair que la pleine accessibilité de la population aux soins de santé a été compromise par les coupures majeures qu'ont connues les budgets dévolus au secteur de la santé. Les longues listes d'attente qui existent toujours en sont sûrement l'exemple le plus éloquent.

En bref

Les contribuables québécois étant les plus taxés en Amérique du Nord, comment expliquer que cette réalité ne se traduise pas à tout le moins par un niveau de services comparables aux autres provinces canadiennes, notamment au niveau des services de santé ?

4. POSITION DE LA FÉDÉRATION

4.1 Le maintien de normes nationales

La santé est de juridiction provinciale et doit le demeurer.

Toutefois, nous croyons que le gouvernement canadien doit conserver un rôle qui lui permet d'établir des normes nationales. Ainsi, nous ne favorisons pas de modifications au mode de financement du gouvernement fédéral si cela a pour effet d'entraîner son retrait complet de la santé.

Le respect de normes nationales permet en effet de favoriser que les soins de santé soient offerts de façon uniforme dans l'ensemble du Canada, assurant ainsi aux patients une même accessibilité et qualité de soins. En effet, la qualité des soins et l'accessibilité pour le patient ne sauraient être déterminées en fonction de la richesse relative de chaque province.

À ce titre, nous insistons à nouveau sur l'importance d'assurer également des conditions de travail et de rémunération équivalentes pour les professionnels de la santé qui détiennent la même formation de pointe et qui sont appelés à prodiguer les mêmes services. Il faudrait donc corriger les écarts qui prévalent toujours au niveau de l'accès au plateau technique, de la disponibilité d'équipements médicaux de pointe et de la rémunération des médecins spécialistes québécois.

4.2 Financement du gouvernement fédéral

Le gouvernement fédéral ne saurait exiger le respect de normes nationales sans assurer du même coup aux provinces l'accès à un financement adéquat et stable des soins de santé.

Nous considérons donc primordial que le gouvernement fédéral rétablisse ses transferts en santé à un niveau qui permettra d'assurer une réelle accessibilité de la population à des soins de santé de qualité.

Un financement adéquat suppose que chaque province dispose du financement nécessaire afin d'assurer l'accès aux mêmes soins de santé, peu importe sa richesse relative.

Un financement stable implique que le gouvernement fédéral ne puisse plus désormais réduire son financement comme il l'a fait chaque année, depuis 1994-1995, de façon discrétionnaire.

De plus, il importe de comprendre que le coût des soins de santé augmente autant, sinon davantage, en période de ralentissement économique. Il serait donc important d'établir un mécanisme d'indexation automatique afin de tenir compte de cette réalité et de faciliter le processus de planification des provinces en matière de santé.

Nous profitons également de l'occasion pour rappeler notre position à l'effet que la source première de financement du système de soins de santé au Québec doit rester publique.

Nous ne favorisons pas une « médecine à deux vitesses ». Comme nous l'avons indiqué dans notre mémoire à la Commission Clair :

« (...) notre position n'exclut pas la participation accessoire du privé au financement, mais surtout dans l'organisation de la prestation des soins. Une certaine déréglementation et une plus grande souplesse nous apparaissent souhaitables pour un fonctionnement plus harmonieux de notre système de santé. Une fois atteinte la capacité de payer de l'État, peut-il interdire aux citoyens de dépenser pour leur santé? »

4.3 Transparence dans les transferts fédéraux

Nous sommes d'avis que les budgets transférés par le fédéral pour le secteur de la santé doivent être identifiés de façon spécifique. Les modalités actuelles d'application du programme de Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS) doivent donc être revues afin d'identifier un financement séparé pour la santé, l'éducation et les services sociaux.

Nous voulons ainsi éviter que les montants versés pour la santé soient dépensés à d'autres fins par les provinces.

Nous souhaitons rappeler une suggestion que nous avons appuyée lors de la Commission Clair, soit la création d'une caisse distincte dans laquelle serait identifié et comptabilisé l'ensemble des sommes versées pour la santé. Nous croyons qu'une telle caisse aurait l'avantage entre autres d'une plus grande transparence dans l'utilisation des fonds publics et constituerait aussi une forme de mesure de responsabilisation du consommateur et du prestataire de soins.

4.4 Respect du champ de compétence des provinces

La définition de normes nationales et la mise en place d'un financement adéquat et stable des soins de santé ne sauraient toutefois permettre au gouvernement fédéral de mettre en place des programmes nationaux dans le secteur de la santé.

La juridiction des provinces en ce domaine se doit d'être respectée.

Dans une lettre adressée au Premier ministre Jean Chrétien, datée du 15 février 2000 et qui a été rendue publique dans les grands quotidiens québécois, le président de la FMSQ indiquait :

« Tout comme les représentants des ministères provinciaux de la Santé, nous constatons que votre gouvernement cherche à imposer les programmes de soins de santé à domicile et des soins communautaires, qui semblent constituer l'essentiel de l'initiative fédérale en vue d'augmenter le financement des soins de santé. À la Fédération des médecins spécialistes du Québec, nous sommes étonnés de voir que votre gouvernement veut instituer un programme de

soins à domicile qui contrevient à l'autonomie de gestion des gouvernements provinciaux. La Constitution canadienne reconnaît que le domaine de la santé est de la compétence des gouvernements provinciaux. C'est à ces derniers que revient la responsabilité de définir les politiques, dans le respect des priorités et spécificités de chaque province. »

Il est important toutefois que ces dépenses soient réalisées par les provinces dans le respect des normes nationales.

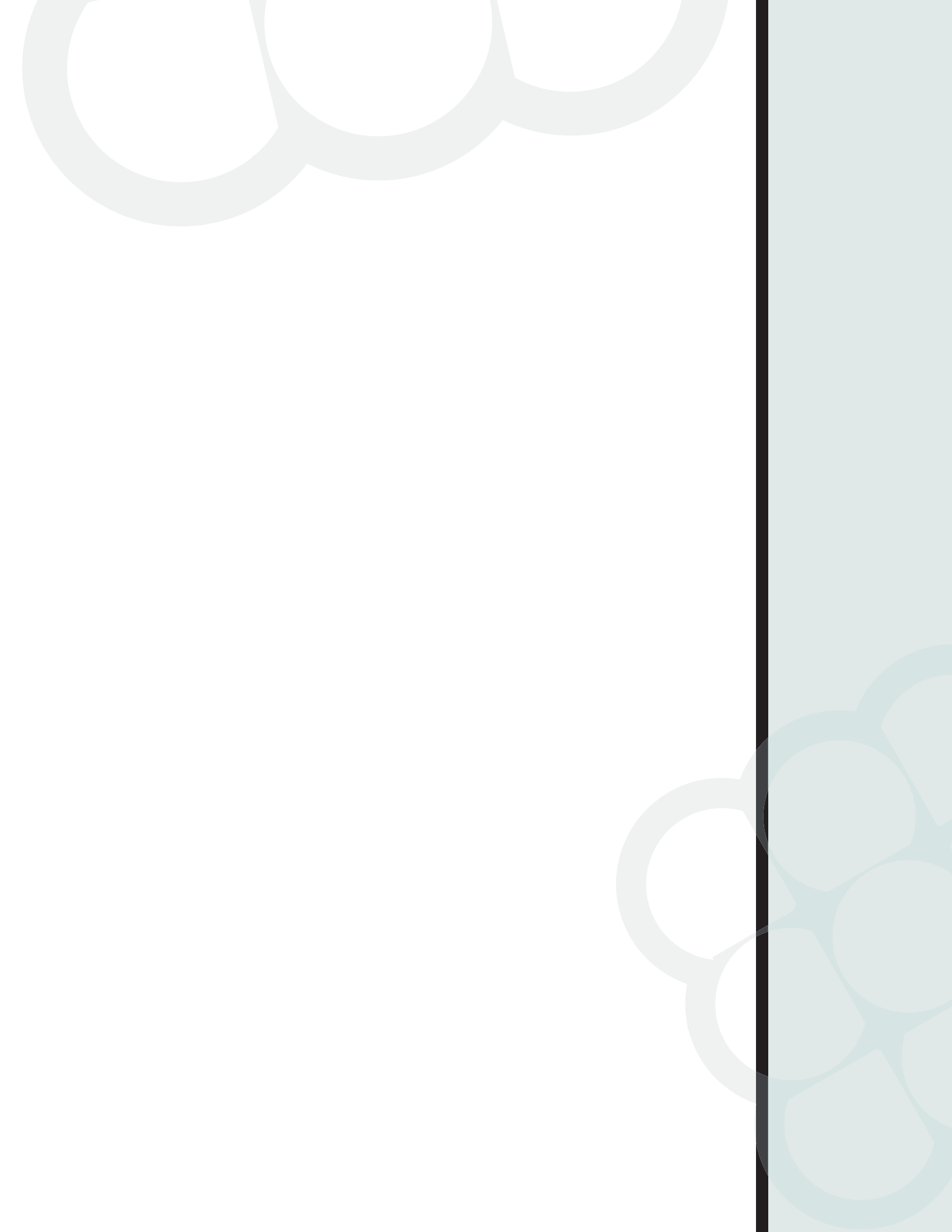
5. CONCLUSION

La Fédération a cru important d'intervenir dans cette réflexion afin, entre autres, d'appuyer l'exercice entrepris par le gouvernement du Québec de revoir la fiscalité et de tenter d'éliminer le déséquilibre qui existe actuellement entre les provinces et le gouvernement fédéral, affectant particulièrement le secteur de la santé.

Il est déplorable que le système de santé québécois ait connu autant de coupures budgétaires au cours des dernières années de la part du gouvernement fédéral, mais aussi de la part du gouvernement du Québec qui cherchait à atteindre le déficit zéro. Bien entendu, le but était louable, mais dans les faits c'est l'accessibilité de la population aux services de santé et la qualité même des soins qui ont été profondément touchées.

En résumé, quoique le secteur de la santé doit demeurer de juridiction provinciale, nous souhaitons le maintien de normes nationales établies par le fédéral afin de favoriser une accessibilité et une qualité de soins uniformes pour les patients et des conditions de pratique similaires d'une province à l'autre.

Nous considérons qu'il est urgent que notre système de santé retrouve un niveau de financement qui réponde adéquatement aux besoins grandissants de la population. Ainsi, les transferts fédéraux pour la santé devront être réajustés à la hausse et, par la suite, être stables, indexés et transparents.



MÉMOIRE DE LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES DU QUÉBEC

COMMISSION SUR LE DÉSÉQUILIBRE FISCAL

RÉSUMÉ

La Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) intervient à la Commission sur le déséquilibre fiscal pour apporter ses commentaires notamment à propos du secteur de la santé et ce, sous l'angle des soins fournis à la population. Elle appuie la démarche entreprise par le gouvernement du Québec afin d'éliminer le déséquilibre fiscal entre le gouvernement fédéral et le Québec, affectant particulièrement le secteur de la santé.

Les commentaires de la FMSQ découlent d'un certain nombre de constats généraux : les revenus du gouvernement fédéral sont plus élevés que ceux des provinces; les provinces ont des champs de compétence, dont la santé, qui génèrent de façon globale plus de dépenses que ceux du fédéral; le fédéral dégage des surplus plus importants que les provinces et ce, depuis plus longtemps; il y a eu depuis plusieurs années une baisse notable des transferts fédéraux touchant principalement le secteur de la santé qui est pourtant le secteur dont les dépenses augmentent le plus rapidement. Il est impossible de parler de déséquilibre fiscal sans mentionner le déséquilibre qui existe toujours dans la fiscalité des particuliers entre le Québec et les autres provinces. Le fardeau fiscal des québécois est trop élevé, notamment pour les personnes ayant des revenus supérieurs à la moyenne qui représentaient, en 1999, 1,3 % de la population et acquittaient 15,4 % des impôts prélevés.

Les médecins québécois et canadiens reçoivent le même type de formation selon les mêmes standards. On retrouve ainsi, partout au Canada, une pratique équivalente. Afin d'assurer que la population puisse avoir accès aux mêmes soins de santé au Canada, la *Loi canadienne sur la santé* établit cinq critères. Il est intéressant de noter que le critère d'accessibilité prévoit, entre autres, « une rémunération raisonnable de tous les services de santé assurés fournis par les médecins ou les dentistes ».

Le système de santé québécois s'est beaucoup détérioré au cours des dernières années. La baisse des transferts fédéraux y a fortement contribué ainsi que les coupures budgétaires et les mesures mises de l'avant par le gouvernement du Québec. Comme conséquence directe, on constate, par exemple, qu'il existe de graves carences en ce qui concerne l'achat, le renouvellement et l'entretien des équipements médicaux. Il est évidemment primordial pour les patients d'avoir accès à des équipements médicaux et des technologies appropriés pour le diagnostic et le traitement de leurs pathologies. Les problèmes budgétaires empêchent également les centres hospitaliers de fonctionner à pleine capacité. Des lits, des départements entiers et des salles d'opération sont fréquemment fermés, ce qui a un impact important sur les listes d'attente.

Les médecins spécialistes ont évidemment aussi été affectés par cette situation. Leur environnement de travail s'est nettement détérioré et leur rémunération est la plus basse au Canada.

La FMSQ croit que la santé doit demeurer de juridiction provinciale, mais que le gouvernement canadien doit conserver un rôle qui lui permet d'établir des normes nationales assurant l'accessibilité à des soins de même qualité partout au Canada ainsi que des conditions de pratique similaires.

Il est primordial que le fédéral rétablisse ses transferts à un niveau qui permettra d'assurer une réelle accessibilité de la population à des soins de qualité. Cela implique aussi un financement stable, c'est-à-dire qui ne fluctuera pas d'années en années et de façon discrétionnaire comme c'est le cas actuellement. Il faudra également mettre en place un mécanisme d'indexation afin de faciliter le processus budgétaire annuel des provinces. Enfin, ces transferts devront être identifiés de façon spécifique afin d'éviter que les montants dévolus à la santé soient dépensés à d'autres fins. Évidemment, le rôle du fédéral ne saurait lui permettre de mettre en place des programmes nationaux, la juridiction des provinces en santé devant être maintenue dans le respect, toutefois, des normes nationales.