|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Province*** | ***Législature*** | ***Session*** | ***Type de discours*** | ***Date du discours*** | ***Locuteur*** | ***Fonction du locuteur*** | ***Parti politique*** |
| Québec | 33e | 1re | Remarques préliminaires à l’étude des crédits | 24 avril 1986 | Mme Thérèse Lavoie-Roux | Ministre de la Santé et des Services sociaux, responsable de la Politique familiale | PLQ |

**Mme Lavoie-Roux :** M. le Président, il me fait plaisir d'entreprendre aujourd'hui, avec les membres de la commission parlementaire des affaires sociales, l'étude des crédits budgétaires du ministère de la Santé et des Services sociaux pour l'année financière 1986-1987. Je dois dire d'ailleurs que j'entreprends ce mandat avec beaucoup de plaisir, ayant toujours été très motivée par les gens auxquels est continuellement confronté le réseau des affaires sociales. Ce plaisir est double cette année alors que des efforts considérables ont été réalisés pour que le secteur de la santé plus particulièrement mais également celui des services sociaux bénéficient, malgré la situation financière difficile du gouvernement, de crédits de développement très appréciables.

Atteignant tout près de 8 000 000 000 $, plus précisément 7 966 402 000 $, le budget accordé à la santé et aux services sociaux se retrouve cette année et pour les quelques années à venir au cœur d'un débat fondamental sur son orientation ainsi que sur son financement. Les travaux de la commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux en sont les premiers témoins.

Non seulement au Québec, mais également dans les autres provinces canadiennes, tous s'interrogent sur la nature des services qu'il nous faut dorénavant financer, mais en plus s'interrogent sur l'efficacité ainsi que la portée de ceux qui ont été jusqu'à maintenant offerts.

Les sondages ainsi que les enquêtes d'opinion publique démontrent que la santé demeure une priorité pour la majeure partie de la population, je dirais la très grande majorité de la population. En ce sens, les efforts du gouvernement respectent cette volonté populaire. Par ailleurs, à l'intérieur même de ces paramètres, cela n'empêche pas de profondes remises en question. Notre système de services de santé et de services sociaux en est à un point tournant et il doit relever un défi de taille: reprendre un débat positif et progressif sur tout ce qui touche la santé et les conditions sociales de vie de la population québécoise à l'intérieur d'un budget qui ne peut être de façon illimitée croissant. De plus, la conviction de plus en plus répandue chez les intervenants que des dépenses accrues n'améliorent pas véritablement l'espérance de vie en bonne santé de la population nous oblige à redéfinir ou à revoir nos priorités.

Les crédits budgétaires 1986-1987. Il y a 28 % des crédits totaux gouvernementaux qui sont consacrés à la santé et aux services sociaux en 1986-1987. Ceci inclut une provision de 6 300 000 000 $ pour le réseau même des affaires sociales et de 1 700 000 000 $ pour les programmes administrés par la Régie de l'assurance maladie du Québec. Le réseau de la santé et des services sociaux s'est vu imposer au cours des dernières années un train de compressions budgétaires qui, de façon générale, a profondément affecté la distribution des services. Cette année - je suis heureuse de le dire - aucune compression budgétaire n'est imposée au réseau. Et même 465 000 000 $ y sont injectés. Tout d'abord, une indexation des masses salariales des syndiqués de 1,05 % a été prévue pour ne tenir compte que du coût du système ainsi que la pleine indexation des autres dépenses de 3,1 %.

De plus, des crédits nouveaux de développement ont également été accordés et totalisent plus de 200 000 000 $. On y retrouve 133 000 000 $ qui ont été provisionnés afin de réviser la base budgétaire des centres hospitaliers et éliminer les déficits, ainsi que pour tenir compte du coût de système de l'année 19861987. Un autre montant de 45 000 000 $ servira à financer la première étape du plan d'ensemble visant à désengorger les salles d'urgence. 13 000 000 $ sont prévus pour aider les centres d'accueil d'hébergement ainsi que les centres hospitaliers de soins de longue durée à alléger la pression due à l'alourdissement de leurs clientèles et à la demande de soins. Finalement, 10 000 000 $ visent d'autres types de dépenses de fonctionnement relatives aux immobilisations dans le réseau.

Les réseaux des centres d'accueil de réadaptation ainsi que des CLSC ne bénéficient peut-être pas d'une hausse budgétaire de la même ampleur que celle accordée au réseau hospitalier, mais il faut tout de même souligner que 12 700 000 $ de crédits nouveaux leur ont été accordés. Les crédits visent, dans le cas des centres d'accueil de réadaptation, la révision des bases budgétaires ainsi que le financement de l'impact de la Loi sur les jeunes contrevenants.

Dans le cas des CLSC, la majorité de ces sommes viennent couvrir les frais afférents au partage des responsabilités entre les centres de services sociaux et les CLSC, partage qui, rappelons-nous, ne devait engendrer aucun coût supplémentaire mais qui, selon nos estimations, s'élève à 12 245 945 $, dont 9 000 000 $ de façon récurrente, incluant également les transferts provenant des DSC.

Finalement, dans le cadre d'une réallocation budgétaire, 7 800 000 $ ont pu être dégagés afin de permettre aux CSS et aux CLSC de faire face à des situations déficitaires. Ceci est particulièrement le cas des CLSC où il est important de souligner que, à mon arrivée au ministère, j'ai découvert un manque à gagner de 3 800 000 $ que le gouvernement a décidé de combler. À l'intérieur de ces 3 800 000 $, un budget de 935 000 $ a été retenu à même la marge de manœuvre ministérielle afin de maintenir les équipes de secteur en place dans différentes communautés.

Ainsi, la variation des crédits 1986-1987 par rapport aux crédits votés en 1985-1986 est de 4,65 %. Si on compare ces crédits aux dépenses probables en 1985-1986, l'augmentation est de 6,07 %. Il faut finalement souligner que ces sommes ne tiennent pas compte des augmentations salariales des syndiqués du réseau qui seront éventuellement transférés au ministère en provenance du fonds de suppléance et qui s'ajouteront aux 465 000 000 $ déjà injectés dans le réseau.

Le budget de la Régie de l'assurance maladie du Québec, pour sa part, atteindra 1 685 845 000 $ en 1986-1987, soit une augmentation de 3,9 % par rapport aux dépenses probables de 1985-1986.

Les crédits que nous étudierons aujourd'hui et mardi prochain comportent finalement deux nouveaux aspects. En effet, le Secrétariat à la politique familiale ainsi que l'Office des personnes handicapées du Québec sont maintenant sous la responsabilité de la ministre de la Santé et des Services sociaux. Dans le premier cas, des crédits de 538 000 $ ont été prévus en 1986-1987 afin de permettre au secrétariat de remplir son mandat en rapport avec la consultation sur la politique familiale. Le comité de consultation doit d'ailleurs rendre public son rapport le 29 avril prochain.

Dans le second cas, l'Office des personnes handicapées du Québec bénéficie cette année de crédits de 37 988 300 $, budget maintenu pour l'essentiel à son niveau de dépenses de l'an dernier. Une part substantielle de ces crédits est attribuée au financement des centres de travail adapté et aux programmes d'aide matérielle. Dans une vision à plus long terme, l'office poursuit une planification stratégique pour le transfert des programmes et des responsabilités vers les ministères, comme le veut son mandat initial.

Les points marquants de l'action gouvernementale depuis quatre mois. Les quatre derniers mois de l'action gouvernementale ont donné lieu à un certain nombre de décisions que l'on peut juger fondamentales autant pour le réseau hospitalier que, par exemple, pour le réseau des CLSC. Tout d'abord, les décisions prises par le gouvernement touchant le redressement de la base budgétaire des centres hospitaliers modifient considérablement le portrait d'une situation à laquelle un peu tous s'étaient résignés, soit les déficits accumulés d'année en année par les hôpitaux. Et, d'année en année, le réseau hospitalier contestait le train de coupures budgétaires et invoquait l'augmentation de la demande de services pour réclamer une hausse de budget.

Une étude attentive de leur budget a permis d'évaluer sérieusement la situation des centres hospitaliers en déficit et de constater que plusieurs étaient sous-budgétisés. Un coup de barre s'est donc avéré essentiel dans la mesure où il fallait arrêter la hausse continue des déficits. D'autre part, une attitude passive de la part du gouvernement n'avait pour effet que de déresponsabiliser davantage les administrations hospitalières. Par conséquent, le gouvernement consent un montant de 133 000 000 $ qui permet, d'une part, de redresser la base budgétaire et d'éliminer les déficits et, d'autre part, de budgétiser l'évolution du coût du système de santé. Un coût de système sera donc attribué à tous les hôpitaux de courte durée et de soins psychiatriques afin de tenir compte de l'évolution de la clientèle (volume et lourdeur), du nombre de dispensateurs ainsi que de l'impact technologique.

Toutefois, ceci implique pour les années à venir une plus grande responsabilité de la part des établissements afin de respecter l'équilibre budgétaire. Autant les déficits qui se sont accumulés depuis 1982 et qui totalisent 264 000 000 $ seront, dans la majeure partie des cas, assumés par le gouvernement, autant la volonté gouvernementale exige, en contrepartie, l'absence dorénavant de dépassement budgétaire. Un contrôle serré sera effectué par mon ministère afin de prévenir à l'avance la possibilité d'un déficit et d'ainsi prendre les mesures qui s'imposent afin de l'éviter.

Pour permettre d'établir la vocation spécifique de chaque établissement et de s'en servir par la suite comme tableau de bord dans le processus de contrôle et également de complémentarité des services, il y a lieu de procéder à la confection de plans de services régionaux ou sous-régionaux, suivant la configuration de la région. Ce plan sera indicatif et non normatif, mais il touchera les secteurs santé et social, facilitera les décisions relatives au développement et à la rationalisation des services, aux investissements technologiques et aux travaux d'immobilisation.

De plus, dorénavant, toute décision qui, en cours d'année, implique du développement en sus du budget autorisé devra être préalablement, avant sa réalisation, approuvée par le conseil d'administration et sanctionnée par le ministère. Une définition très exhaustive de ce qu'on appelle du développement sera d'ailleurs utilisée.

Finalement, dans le but d'aider les hôpitaux à mieux planifier leur budget, le ministère fera un effort particulier, cette année, en faisant connaître aux établissements, dès avril, les règles budgétaires - en fait, je pense, qu'ils devraient les connaître cette semaine ou au début de la semaine prochaine - ce qui ne s'est jamais fait aussi tôt par les années antérieures. Il s'agit là, à mon avis, d'un maillon très important de cette opération de redressement budgétaire et de responsabilisation administrative, d'autant plus que, par exemple, l'an dernier, les hôpitaux n'ont jamais connu leur budget de façon précise.

Le gouvernement a aussi posé un geste majeur en rendant public, le 19 mars dernier, un plan d'ensemble visant le désengorgement des salles d'urgence des centres hospitaliers de Montréal et de Québec. Donc, 156 000 000 $ ont été prévus sur trois ans, soit 90 000 000 $ récurrents à titre de dépenses de fonctionnement, soit 66 000 000 $ à titre de dépenses d'immobilisation.

Les recherches menées pendant près de trois ans par les groupes de travail qui avaient été mandatés - pendant trois mois, pardon - ont permis de dégager les causes réelles de l'engorgement des services d'urgence et d'en ressortir les balises qui ont guidé le choix des solutions. Ainsi, l'ensemble des mesures, au nombre de 28, permettra d'agir non seulement au plan médical, mais également sur des facteurs qui sont directement reliés aux besoins des patients de l'urgence et qui permettent d'y réduire leur durée de séjour. Elles respectent aussi une conception sociosanitaire de plus en plus globale et écologique, où les dimensions sociales et psychologiques sont prises en compte autant comme facteurs explicatifs de la santé que comme résultats pour les personnes.

Aussi, non seulement les centres hospitaliers, mais également les CSS et les CLSC y sont mis à contribution. Par exemple, 12 000 000 $ seront injectés afin de mettre sur pied des services intensifs de maintien à domicile; onze centres de jour seront consolidés et cinq autres seront développés; quatre hôpitaux de jour verront leurs services rehaussés et quatre autres seront implantés. Ce plan prévoit également le développement et la consolidation de dix-neuf unités de gériatrie active, ainsi que la mise sur pied de onze équipes de psychogériatrie à domicile.

Outre de nombreuses autres mesures de type non institutionnel, le gouvernement a prévu libérer un certain nombre de places en soins de courte durée, occupées par la clientèle âgée, et effectuer une meilleure répartition des lits de soins de courte durée. Ainsi, 1228 places en centres d'accueil d'hébergement et en centres hospitaliers de soins prolongés seront ajoutées au réseau au cours des trois prochaines années. De plus, 700 lits fermés durant l'été seront rouverts, 125 lits fermés en permanence le seront également, 65 lits de soins de longue durée seront convertis en lits de courte durée et, finalement, 100 places seront ajoutées dans l'est de Montréal. Sur ce point particulier, nous sommes à terminer les études.

En ce qui concerne la clientèle des malades psychiatriques, cinq centres de crise d'urgence de première ligne, en santé mentale, seront créés. De plus, des ententes de service entre l'ensemble des CLSC, des CSS et des centres hospitaliers seront réalisées afin d'assurer les transferts, les références, le suivi et l'hébergement temporaire de cette clientèle. Il y aura également ajout de professionnels en santé mentale dans les salles d'urgence, afin d'effectuer plus adéquatement une évaluation et un tri de la clientèle avec des problèmes psychiques.

La clientèle des femmes itinérantes et j'en suis très heureuse - a pu également bénéficier, à l'intérieur du plan concernant les services d'urgence, d'une somme de 600 000 $ annualisée à 800 000 $, permettant d'offrir des services de désintoxication non médicale, d'évaluation et d'orientation à cette clientèle, dans la région métropolitaine de Montréal. Il faut souligner qu'un tel type de ressource existait déjà pour les hommes, mais que les femmes avaient été négligées et que leur situation avait fait l'objet de nombreuses représentations, au cours des dernières années.

En tout dernier lieu, j'aimerais souligner l'implantation, à titre de projet pilote et de projet assez innovateur, d'un hôpital à domicile sur le territoire du département de santé communautaire de Verdun. D'autres régions du Québec nous ont également signifié des problèmes importants d'engorgement, dans certains de leurs centres hospitaliers. À cet égard, j'annoncerai très prochainement un autre train de mesures leur étant adressées. Des discussions ont présentement lieu, et déjà depuis plusieurs semaines, afin de compléter ce plan.

Dans un autre domaine, d'importantes décisions ont été prises en ce qui concerne le réseau des CLSC. L'annonce, l'an dernier, du parachèvement du réseau par l'ajout de 17 CLSC nécessitait un budget supplémentaire de 5 000 000 $. Le Conseil du trésor, n'ayant pas autorisé, à l'époque, ces fonds, il nous a fallu effectuer un choix entre le développement ou la consolidation du réseau.

J'ajouterais également, et je l'ai mentionné plus haut, que l'opération transfert CLSC-CSC a aussi engendré des coûts pour un montant d'au moins 9 000 000 $. Les sommes sont récurrentes, et il nous faut également combler ces sommes.

Considérant, d'une part, la nécessité de réserver des budgets importants pour le désengorgement des salles d'urgence, considérant de plus que des sommes importantes devaient déjà être injectées en raison du déficit conséquent au partage des ressources entre les CSS et les CLSC, considérant également que le plan sur les urgences comporte d'importantes sommes pour des services offerts par les CLSC, considérant finalement que les CLSC qui restent à implanter se situent, à l'exception de un ou peut-être de deux, en milieu urbain où, déjà, on retrouve de nombreuses autres ressources sociales ou dans le domaine de la santé, le ministère a fait, pour cette année, le choix de la consolidation.

Dans l'optique de mieux évaluer les responsabilités, le niveau de développement des services offerts en CLSC ainsi que leurs liens de complémentarité avec les autres ressources du réseau, un comité d'étude, dont le mandat devrait être terminé dans les prochaines semaines, se penchera très prochainement sur la question.

Parmi les gestes posés au cours des quatre derniers mois, il me faut absolument souligner les modifications qui ont été apportées au mandat, à la composition et à l'échéancier de la commission Rochon, dans le but, principalement, de rendre ces travaux plus opérationnels et d'y inclure également la dimension de "services sociaux" qui en était absente, sauf en corollaire des services de santé.

De plus, des améliorations très importantes seront annoncées très bientôt en détail, dans le dossier des effectifs médicaux. En effet, des postes supplémentaires d'entrée en spécialité seront prévus pour les médecins acceptant d'aller travailler en régions éloignées ainsi que pour les médecins immigrants qui acceptent également ces conditions. Ces mesures attendues depuis longtemps permettront d'améliorer l'accessibilité aux services médicaux spécialisés pour ces populations et permettront finalement à un bon nombre d'immigrants étrangers qui sont déjà au Québec depuis plusieurs années de tenter de prendre leur place au soleil. Il me fait plaisir d'ajouter que cette décision a été prise hier par le Conseil des ministres et qu'il y aura 50 médecins en spécialité pour les régions éloignées, c'est-à-dire 50 postes en internat pour les médecins en régions éloignées. Également, ce que nous avions promis, sur une période de trois ans, pour les immigrants qui étaient arrivés ici avant janvier 1985, par une mesure qui visera 30 de ces personnes par année, cet échéancier de trois ans sera respecté. J'en suis d'autant plus heureuse que mon prédécesseur n'avait pas eu la même chance auprès du Conseil du trésor l'an dernier.

Dans le dossier de la main-d’œuvre œuvrant dans le domaine des soins infirmiers, un comité d'étude a également été mis sur pied et a même commencé ses travaux afin d'examiner le problème chronique du rôle et de la place qu'occupent les différentes catégories de travailleurs et de travailleuses en soins infirmiers. Certains groupes se sentent menacés et craignent la perte de leur emploi, leur déqualification professionnelle, le fractionnement ou le morcellement de leur tâche, la dévalorisation de leur profession, etc. Et c'est dans le but de mesurer l'évolution de cette situation et d'en comprendre les principaux paramètres que ce groupe de travail a été formé.

Finalement, il me semble intéressant de souligner l'accord qui est intervenu entre l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires et le gouvernement, à la suite des négociations qui traînaient depuis plus de deux ans, ainsi que l'accord plus récent avec la Fédération des médecins omnipraticiens concernant l'assurance-responsabilité, qui, me dit-on, serait peut-être une première au pays.

Permettez-moi maintenant de profiter de cette occasion pour exposer les grandes lignes des orientations ainsi que des actions que je compte privilégier à titre de ministre de la Santé et des Services sociaux. Cinq principes, entre autres, sont à la base de mon action. Tout d'abord, il faut maintenir et travailler à maintenir le principe de l'universalité, ainsi qu'améliorer l'accessibilité et la qualité du réseau de la santé et des services sociaux. Deuxièmement, nous devons privilégier dans toute la mesure du possible le maintien dans le milieu de vie naturel des différentes catégories de bénéficiaires auxquelles s'adressent les services du réseau. Troisièmement, il est essentiel de valoriser les personnels par un plus grand respect de leur compétence respective et de leur autonomie, afin de leur assurer une évaluation professionnelle satisfaisante. Quatrièmement, il est important d'investir dans les services plutôt que dans les structures. Finalement il faut redonner au secteur de la santé et des services sociaux une place prioritaire dans l'allocation des budgets gouvernementaux. Il m'apparaît que les crédits que nous étudions aujourd'hui sont à cet égard fort éloquents.

Comme je l'ai déjà démontré, certains gestes majeurs ont déjà été posés. D'autres défis aussi majeurs se dressent par contre à l'horizon, et ils sont connus d'ailleurs depuis assez longtemps. Plus près de nous il y a les négociations avec les secteurs public et parapublic, sorte de boussole du climat qui prévaut et prévaudra à l'intérieur de nos établissements.

Dans un avenir rapproché, deux autres dossiers retiendront notre attention. Dans le secteur de la déficience intellectuelle, il s'avère absolument nécessaire de définir les paramètres de la désinstitutionnalisation. En effet, quoiqu'il y eut plusieurs expériences heureuses, d'autres centres d'accueil de réadaptation sont confrontés à une réticence très grande, soit de la part de certains parents, de la population ou de celle des travailleurs syndiqués et ce, bien souvent en raison de l'absence d'un plan d'action et de critères de base clairs dans la réalisation de la réintégration sociale des personnes handicapées mentalement. C'est dans ce contexte que le ministère rendra public très bientôt un document relatif à ses orientations en regard de l'intégration et de la réintégration sociales de ces personnes.

Dans le dossier de la santé mentale, un travail énorme se doit d'être fait. Qu'il s'agisse de compléter la politique en santé mentale, ou d'établir un plan d'action pour soutenir les centres hospitaliers psychiatriques dans leurs démarches de désinstitutionnalisation ou tout simplement dans la qualité des services qu'ils doivent offrir, qu'il s'agisse encore de revoir la loi de protection du malade mental, qu'il s'agisse également de la politique à l'égard du suicide, notre responsabilité à l'endroit de la santé mentale est grande. Souvenons-nous seulement que les troubles mentaux apparaissent comme l'une des principales sources de limitation d'activités d'une personne et accaparent près de 18 % des dépenses publiques de santé au Québec.

Dans un autre domaine, il me faut absolument faire état de mes préoccupations à l'égard de l'évaluation des programmes et des services mis sur pied par mon ministère. Au cours des derniers mois, j'ai, à quelques reprises, donné comme exemple l'absence d'évaluation des services de maintien à domicile. Ceci ne veut pas dire les remettre en question mais vraiment évaluer si les ressources qui sont mises là sont utilisées à bon escient. Encore à titre d'exemple, nous ne possédons aucune étude nous permettant d'étudier la portée des activités des centres de jour pour les personnes âgées alors qu'il y a un plan au ministère pour en implanter un dans chaque territoire de CLSC. Je juge qu'à ce moment-ci il y a suffisamment d'expériences de faites pour s'arrêter et dire: Est-ce qu'on continue, c'est la bonne direction?

C'est, je pense, ce genre de programme qui a besoin d'être évalué plus soigneusement. Du encore nous ne possédons aucune étude nous permettant d'étudier la portée des effets du partage des responsabilités entre les CSS et les CLSC dans la dispensation des services à la population. Les problèmes les plus aigus auxquels la Direction de la protection de la jeunesse fait actuellement face nous font nous poser quelques questions à cet égard, sans vouloir y voir nécessairement un rapport de cause à effet.

Il est, à mon avis, fondamental que nous nous dotions de méthodes d'évaluation des ressources que nous mettons à la disposition de la population ainsi que de systèmes d'information adéquats afin de s'assurer que ces ressources correspondent réellement aux besoins des clientèles que nous desservons et que les ressources budgétaires dont nous profitons sont utilisées rationnellement et pleinement.

Finalement, parmi les autres dossiers que nous entendons suivre de près au cours des prochains mois, notons celui de la protection des personnes âgées ainsi que le dossier relatif au rôle et à la responsabilisation des conseils d'administration des établissements. Le questionnement qui en découle n'est certainement pas quelque chose de nouveau. Toutefois, le malaise qui entoure et qui existe au sein même des conseils d'administration nous amène à examiner de plus en plus près ce problème et à tenter d'y apporter des améliorations législatives.

M. le Président, j'ai brossé brièvement un portrait des crédits budgétaires du ministère de la Santé et des Services sociaux ainsi que des actions réalisées jusqu'à maintenant, et finalement, des dossiers sur lesquels mon ministère entend se pencher attentivement au cours des prochains mois.

La liste pourrait s'allonger. Mais nous aurons l'occasion, au cours des quinze heures qui nous sont réservées, d'examiner toutes ces questions en profondeur et il me fera plaisir de répondre, au meilleur de ma connaissance, aux interrogations des membres de cette commission. Je suis convaincue que les personnes du ministère qui m'entourent sauront aussi fournir les réponses que je ne saurais donner.

Je vous remercie M. le Président.