|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Province*** | ***Législature*** | ***Session*** | ***Type de discours*** | ***Date du discours*** | ***Locuteur*** | ***Fonction du locuteur*** | ***Parti politique*** |
| Québec | 33e  | 2e  | Remarques préliminaires à l’étude des crédits | 19 avril 1988 | Mme Thérèse Lavoie-Roux | Ministre de la Santé et des Services sociaux, responsable de la Politique familiale | PLQ |

**Mme Lavoie-Roux :** M. le Président. M. le chef de l'Opposition, mes collègues, de part et d'autre, vous me permettrez, avant de débuter mes remarques, de présenter l'équipe sous-ministérielle du ministère de la Santé et des Services sociaux. À ma gauche, M. Cantin, sous-ministre; à ma droite, M. D'Astous, ministre adjoint au budget et à l'administration - sous-ministre; il a déjà une promotion. M. Légaré, sous-ministre aux relations du travail et ressources humaines; M. Lamarche, sous-ministre à la planification et l'évaluation; M. Vu, sous-ministre à la réadaptation et aux services de longue durée; Mme Laberge, sous-ministre à la prévention et aux services communautaires; M. Groleau, sous-ministre aux équipements et services; et le Dr Carignan, sous-ministre au recouvrement de la santé.

M. le Président, il me fait plaisir d'entreprendre avec vous aujourd'hui l'étude des crédits budgétaires du ministère de la Santé et des Services sociaux pour l'année financière 1988-1989. Au cours de ces deux dernières années, j'ai été à même d'apprécier la qualité du système québécois de santé et des services sociaux que nous nous sommes donné il y a plus de quinze ans. Bien que la configuration de ce système ait bien changé depuis le moment où il a été implanté, plusieurs acquis de la réforme des années soixante-dix doivent être protégés et certains objectifs demeurent toujours fort actuels.

J'ai aussi été à même de constater les faiblesses de notre réseau, faiblesses qui freinent, dans une certaine mesure, l'atteinte des objectifs poursuivis. Les actions posées jusqu'à maintenant par mon ministère ont été réalisées en tenant compte des grands objectifs gouvernementaux en matière de santé et de services sociaux et des moyens pour contrer ces faiblesses.

La situation budgétaire en 1988-1989. Je voudrais, en premier lieu, effectuer avec vous un tour d'horizon de la situation budgétaire 1988 1989 en matière de santé et de services sociaux. Le budget accordé cette année pour les services de santé et les services sociaux atteint 9 600 000 000 $, ce qui représente 30,1 % des crédits totaux du gouvernement du Québec. Ceci comprend une somme de 7 600 000 000 $ pour le ministère et son réseau et 1 900 000 000 $ pour les programmes administrés par la Régie de l'assurance-maladie du Québec.

La proportion du budget gouvernemental consentie à mon ministère pour le fonctionnement de son réseau est passée de 21,9 % en 1985-1986 à 23,8 % en 1988-1989, soit un gain appréciable de près de 2 %.

Malgré des contraintes budgétaires sérieuses, le gouvernement a octroyé, au cours des deux dernières années, 389 300 000 $ en argent neuf pour développer de nouveaux services ou pour consolider les services existants. Rappelons que ces crédits additionnels excluent les crédits d'immobilisations, les crédits alloués au paiement des déficits accumulés par les centres hospitaliers de 1982 à 1986, les coûts reliés aux conventions collectives; ils excluent également l'indexation des autres dépenses et, évidemment, l'augmentation des contributions au régime d'assurance-maladie du Québec. Cette année, plus de 130 000 000 $ en crédits additionnels seront versés aux établissements.

Les gestes posés par le gouvernement en 1987-1988 ont contribué à l'atteinte des objectifs que les Québécois et les Québécoises se sont donnés il y a plus d'une décennie. Dans celle optique, le ministère s'est efforcé d'améliorer l'organisation du réseau des services, d'orienter spécifiquement son action vers des clientèles cibles et s'est doté d'outils de travail indispensables à la réalisation de sa mission. En 1988-1989, le budget de mon ministère pour le fonctionnement du réseau, y incluant la réserve au fonds de suppléance pour les conventions collectives de 63 000 000 $, s'accroîtra de près de 500 000 000 $, soit 491 225 000 $. Cet accroissement d'environ 7 % est presque aussi élevé que l'accroissement du produit intérieur brut du Québec, qui se situe à 7,5 %, et beaucoup plus élevé que l'indice de l'augmentation des prix à la consommation pour 1988-1989.

Au début des années quatre-vingt, le réseau de la santé et des services sociaux a subi de nombreuses compressions financières. Depuis son arrivée au pouvoir, le gouvernement actuel s'est employé à n'imposer aucune coupure budgétaire aux établissements du réseau afin de maintenir une prestation de services de qualité à la population. Les établissements recevront donc encore cette année la pleine indexation de leur budget. Seuls le ministère et les conseils régionaux devront fonctionner avec un budget réduit au total de 2 600 000 $, compression qui s'inscrit dans un contexte d'une plus grande rationalisation administrative.

L'accessibilité des services. Pour maintenir la qualité des services offerts par les établissements du réseau hospitalier et s'assurer que ces services demeurent accessibles, le gouvernement a ajouté, depuis 1986-1987, 70 300 000 $ au budget de fonctionnement de ces établissements au titre du coût de système. Cette année, un nouvel ajout de crédits permettra aux établissements de faire face au développement de la technologie et à l'augmentation de la demande de services. Ainsi, mon ministère versera un montant additionnel de 42 000 000 $ au chapitre du coût de système aux différents établissements de ce réseau, ce qui totalise un montant de 112 300 000 $ sur trois ans, au titre du coût de système.

L'amélioration de l'accessibilité des salles d'urgence de plusieurs centres hospitaliers montre que le plan d'action triennal amorcé en 1986 donne déjà des résultats positifs. À Québec, par exemple, le nombre de patients en attente dans les salles d'urgence pour plus de 48 heures est passé de 501 en février 1986 à 179 en février 1988. Dans les hôpitaux montréalais, malgré un achalandage plus important dans les salles d'urgence, ces derniers ont quand même pu diminuer le nombre de patients en attente de plus de 48 heures. Les situations d'engorgement, de dramatiques et constantes qu'elles étaient, sont devenues presque inexistantes dans certains centres hospitaliers comme Maisonneuve-Rosemont, Cité de la santé à Laval, Royal Victoria, l'Hôpital Général de. Montréal. Elles sont aussi mieux contrôlées dans d'autres établissements. Par ailleurs, là où subsistent encore des difficultés, ces problèmes sont également reliés à l'organisation physique des lieux et aussi encore à un fonctionnement non adéquat de l'urgence elle-même.

C'est d'ailleurs au printemps 1989 que le Groupe interdisciplinaire en santé déposera un rapport présentant une évaluation de l'amélioration globale de la situation - au moins pour les deux premières années du fonctionnement des plans d'urgence puisque la troisième année ne pourra être évaluée que plus tardivement - une évaluation de l'impact des différentes mesures sur le désengorgement des urgences ainsi qu'une analyse économique des mesures mises en place.

Même si l'on constate des progrès, nous devons encore suivre de près l'évolution de l'accessibilité des salles d'urgence. C'est pourquoi ce dossier retient encore l'attention du gouvernement en 1988-1989. Le budget consenti à cette fin atteindra cette année 105 000 000 $. Ce montant comprend d'abord la récurrence de 89 000 000 $ pour des projets déjà en place en 1987-1988, un montant de 10 000 000 $ pour des mesures contingentes au plan initial et, enfin, une somme de 6 000 000 $ qui vient s'ajouter cette année.

Selon les données que nous possédons au ministère, la clientèle des personnes âgées demeure celle qui est la plus difficile à diriger à la suite de la prestation de soins à l'urgence ou dans un autre département du centre hospitalier. L'apport financier sera donc consacré à cette clientèle et se concentrera dans les régions où il subsiste encore des difficultés. À cet égard, je voudrais mentionner que la région de la Montérégie, même s'il y a des améliorations, se trouve encore dans une situation difficile sur laquelle nous nous attardons ou à laquelle nous apportons beaucoup d'attention.

Du côté de la région 68, c'est-à-dire la région Laurentides-Lanaudière, ce sont davantage deux hôpitaux, soit l'hôpital de Saint-Eustache, pour lesquels des projets de réaménagement très importants, actuellement à l'état de planification, sont déjà acceptés, et, évidemment, l'hôpital de Saint-Jérôme, où les travaux sont déjà en cours.

L'augmentation de 16 000 000 $ par rapport au budget de l'an dernier permettra, d'une part, la mise en place de mesures transitoires à la réalisation des projets d'immobilisation prévus initialement par le plan, mais non complétés, et, d'autre part, l'ajout de nouvelles ressources.

Ainsi, en 1988-1989, 309 lits de soins de longue durée et 16 lits de centres d'accueil seront rendus disponibles à la clientèle des personnes âgées. Nous convertirons également 162 lits de centres d'accueil en lits de soins de longue durée. Le problème de l'engorgement des urgences demeure un phénomène complexe qui nécessite l'agencement et l'organisation d'une batterie de mesures aussi bien administratives que financières. Je puis assurer les membres de cette commission que mon ministère suit de près l'évolution de la situation dans les salles d'urgence et met tout en œuvre pour qu'on ne connaisse plus de situations telles qu'il en prévalait à mon arrivée à mon ministère.

En terminant ce chapitre sur le réseau hospitalier, j'aimerais discuter de l'aspect technologique. L'an dernier, nous avions consacré 20 000 000 $ supplémentaires au renouvellement des équipements médicaux. L'injection de ces crédits a permis de combler une partie du retard accumulé au cours des dernières années. Nous tenterons de poursuivre, cette année, un plan triennal, possiblement.

Enfin, de façon plus large, les problèmes posés par la gestion des technologies dans notre système de soins, la complexité de ces technologies et la nécessité de les rationaliser m'ont amenée à créer en janvier dernier le Conseil d'évaluation des technologies de la santé Ce conseil consultatif apportera un éclairage supplémentaire en regard de l'introduction, de la diffusion et de l'utilisation des technologies de la santé. C'était, d'ailleurs, une recommandation que la commission Rochon a reprise à la suite de l'adoption par le Conseil des ministres de la création de ce conseil d'évaluation.

Parachèvement du réseau des CLSC. Pour faire suite aux principales recommandations du rapport Brunet, eu égard au réseau des CLSC, le ministère procédait en 1987-1988 au parachèvement du réseau des services de première ligne en autorisant l'Implantation de quatre nouvelles corporations de CLSC et en modifiant la mission de huit établissements d'autres catégories déjà existants pour leur permettre d'offrir des services habituellement dispensés dans les CLSC. À cette fin, nous avons consacré en 1987-1988 une somme de 1 800 000 $ pour assurer le fonctionnement et l'équipement des établissements en cause. L'annualisation de ces crédits en 19881989 représente une somme de 3 500 000 $ à laquelle s'ajoutent des crédits de quelque 3 000 000 $ pour les dépenses de location d'espace reliées à ce parachèvement.

Cette année, le ministère entend préciser le tronc commun des services que tous les CLSC devraient dispenser, à savoir les services courants de santé et psychosociaux destinés à toute la population et des services s'adressant aux familles à risque, aux jeunes en difficulté et aux groupes identifiés comme prioritaires au plan local.

Les organismes communautaires, pour leur part, jouent un rôle important dans notre système de santé et de services sociaux, puisqu'en plus de répondre à des besoins de façon complémentaire avec le réseau public ils abordent différemment les problématiques vécues par les citoyens et les citoyennes et favorisent la création d'une solidarité et d'une responsabilité collective. À cet égard, il m'apparaît Important de reconnaître l'action essentielle et la contribution des organismes communautaires à une meilleure adéquation et à une moins grande rigidité des services pour les clientèles cibles. Il est urgent de leur assurer un financement plus stable et adéquat, mais certaines questions demeurent quant aux critères de reconnaissance et de financement de ces organismes ou quant à leur complémentarité avec les autres ressources. Lors de la consultation provinciale que j'entreprendrai eu égard aux recommandations formulées par la commission Rochon, j'espère obtenir un éclairage sur le partage des responsabilités entre les organismes communautaires et le réseau public, débat d'ailleurs qui a commencé au moment de la commission parlementaire sur la santé mentale. Elle permettra aussi d'apporter plus de lumière sur la difficile conciliation entre le financement public et l'autonomie réclamée par les organismes communautaires.

Actions auprès de certaines clientèles cibles. Dans un premier temps, auprès des personnes alcooliques et toxicomanes, devant le manque de ressources et l'insuffisance de services pour les personnes ayant des problèmes d'alcoolisme et autres toxicomanies, le gouvernement a injecté, l'an dernier, des crédits additionnels de l'ordre de 2 600 000 $ visant à accroître le réseau des services ex1ernes et internes, à mettre sur pied des mesures préventives et à promouvoir la recherche et l'évaluation des programmes existants. L'annualisation de ces crédits, au montant de 3 900 000 $ en 1988-1989, permettra de poursuivre l'implantation de ces différentes mesures. De plus, cette année, j'entends publier des orientations et un plan d'action qui nous permettent de poursuivre des gestes posés en 1987-1988 pour prévenir l’alcoolisme et autres toxicomanies, venir en aide aux personnes ayant de telles difficultés et consolider le développement des services dans ce secteur.

Dans le domaine de la promotion de la santé, le gouvernement du Québec, le 24 août dernier, lançait une campagne d'information sur les maladies transmises sexuellement et le SIDA et créait un groupe de travail chargé de fournir au ministère les éléments nécessaires à l'établissement d'une politique québécoise de prévention, de prise en charge et de contrôle de l'épidémie du SIDA. Le gouvernement a également pris des mesures concrètes en attendant les recommandations du groupe de travail qui doit remettre son rapport à l'été. J'espère que ce sera le début de l'été. Ainsi, en 1987-1988, lace à l'urgence de la situation, mon ministère injectait 4 800 000 $ afin de mettre en place différents projets pour prévenir ces maladies et venir en aide aux personnes atteintes. Certaines des mesures prises en 1987-1988 se poursuivront en 1988-1989. C'est le cas notamment de la consolidation des trois équipes de prévention et de dépistage qui viennent d'être mises en place à Montréal et à Québec. Ces équipes sont chargées d'assurer prioritairement l'information, la formation, la surveillance de dépistage et le soutien aux malades ambulants. Il faut noter que huit laboratoires ont été établis au Québec pour procéder aux examens de dépistage et de diagnostic.

Nous sommes également préoccupés par la condition psychologique et sociale des personnes atteintes du SIDA. C'est pourquoi nous maintiendrons notre soutien aux organismes communautaires qui contribuent de façon intensive au soutien des personnes atteintes et, souvent, ostracisées. Enfin, nous avons l'intention de poursuivre cette année le programme de sensibilisation sur les maladies transmises sexuellement et le SIDA en diffusant une nouvelle série de messages publicitaires.

Les femmes violentées, de toute évidence, doivent également retenir l'attention du ministère. La violence faite aux femmes touche un nombre fort important de femmes au Québec. En juin dernier, j'ai annoncé un plan triennal visant à consolider le financement des maisons d'hébergement pour les femmes victimes de violence et à développer de nouvelles ressources. Cette mesure s'est concrétisée en 1987-1988 par l'ajout de 3 000 000 $ au budget des maisons d'hébergement auquel s'ajouteront trois autres millions de dollars pour l'année 1988-1989. Au terme de ce plan triennal le gouvernement aura accru le budget de ses ressources de quelque 117 %. De plus, notre ministère a participé à la campagne de sensibilisation sur la violence faite aux femmes.

Les jeunes en besoin de protection. Depuis l'entrée en vigueur de la Loi sur la protection de la jeunesse, le nombre de signalements a considérablement augmenté d'année en année. Au cours de la dernière année, on rapporte une augmentation de 16,5 % de signalements reçus. La problématique vécue par les jeunes en besoin de protection s'est également alourdie au cours des années. Les abus sexuels ou physiques envers des personnes mineures se sont accrus de 29 % au cours de la dernière année. Le nombre de signalements qui ont dû être judiciarisés a lui aussi augmenté. Il est était en effet de 28,6 % en 1985. Il atteint maintenant 40,8 %. Cette nouvelle situation de la clientèle requiert un volume accru de services.

Pour contrer le phénomène des listes d'attente, le gouvernement autorisait l'an dernier l'injection d'un montant de 1 700 000 $ annualisé à 2 500 000 $. Bien que ces crédits ont permis de résorber 81 % de l'ancienne liste d'attente, une nouvelle liste d'attente devait se reconstituer.

(…)

Une telle situation impliquant des enfants en besoin de protection est inacceptable. C'est pourquoi mon ministère a décidé d'aborder les problèmes qui confrontent les services aux jeunes dans leurs perspectives et leur dynamique d'ensemble afin d'inscrire ces actions dans la recherche de solutions globales. D'une part, nous voulons agir sur le plan administration en élaborant un cadre de références commun aux trois catégories d'établissements impliqués: les CSS, les CLSC et les centres d'accueil de réadaptation, et au ministère lui-même, en articulant les services aux jeunes, en réalisant une étude approfondie des activités de réception, de traitement et d'évaluation et en bâtissant un programme de services de première ligne pour les jeunes de zéro à douze ans.

D'autre part, nous croyons qu'il est aussi essentiel d'ajouter des crédits additionnels pour solutionner le problème des listes d'attente. Un montant de 3 000 000 $ sera donc ajouté aux crédits déjà consentis afin de résoudre les difficultés que nous avons connues au niveau du traitement des signalements et à la prise en charge des mineurs. Quant aux personnes âgées, le rapport ayant pour objet les abus exercés à leur endroit, il doit m'être remis au mois de mai prochain. Le manque d'information sur ce phénomène nouvellement reconnu au Québec a amené le comité à effectuer une importante cueillette de renseignements sur le sujet auprès de groupes œuvrant avec les personnes âgées. J'ai la conviction que les conclusions de ce rapport éclaireront nos démarches futures dans l'aide à apporter à nos aînés. Je dois vous dire qu'actuellement ils complètent leurs travaux en se penchant d'une façon toute particulière sur le problème des foyers clandestins ou illicites.

Les personnes âgées, quant à elles, de 65 ans et plus, de 569 335 qu'elles étaient en 1981, soit 8 % de la population totale, passeront à 914 000 en l'an 2001, soit 13 % de la population.

Les personnes de 80 ans et plus, pour leur part, auront en l'an 2001 plus que doublé comparativement à leur nombre en 1981. Le vieillissement de la population, aussi bien en termes absolus qu'en termes de longévité, a une incidence directe sur la quantité et la qualité des services requis par ces personnes. De ce fait, nous assistons à une modification progressive du profil de la clientèle hébergée en centre d'accueil.

Les bénéficiaires admis dans ces établissements demandent de plus en plus de surveillance, de soins d'assistance et de services de réadaptation pour conserver leur potentiel résiduel. Ce vieillissement de la population, conjugué au changement d'orientation au niveau de la philosophie d'intervention auprès des citoyens de notre société, amène le gouvernement à se pencher davantage sur le problème d'alourdisse ment des clientèles. Depuis 1986-1987, nous avons versé 14 000 000 $ à ce chapitre. La mise à jour de l'évaluation de la clientèle nous indique, cependant, que des efforts restent à faire.

C'est pourquoi le gouvernement consentira 70 000 000 $ d'argent nouveau dans ce secteur sur une période de trois ans. Dès cette année, 7 300 000 $ seront disponibles pour mettre en place des services à domicile et 16 000 000 $ seront répartis entre les centres d'accueil.

Les personnes atteintes d'une déficience intellectuelle. Depuis environ quinze ans, le Québec s'est orienté dans un processus de réintégration sociale des personnes présentant une déficience intellectuelle et de non-institutionnalisation des nouveaux individus présentant ce type de déficience. La philosophie d'intervention où l'on vise l'intégration, l'adaptation et le maintien des personnes handicapées intellectuelles dans la société, tout en leur procurant les services dont elles ont besoin, est désormais acceptée de tous, même si les mesures mises en place à cette fin sont demeurées déficitaires. En juin 1986, je m'engageais à prendre les actions nécessaires afin que ce processus d'intégration et de réintégration sociale des personnes présentant une déficience intellectuelle se réalise dans l'harmonie.

Pour réaliser cet objectif, il nous a semblé nécessaire d'adopter un plan d'action duquel deux orientations majeures se dégagent: la valorisation des rôles sociaux et l'intégration sociale de ces personnes. Le soutien adéquat de ce plan d'action requiert de nouvelles sommes d'argent dans ce secteur qui n'a malheureusement pas connu de développement budgétaire depuis dix ans. Je suis donc heureuse d'annoncer que des nouveaux crédits budgétaires d'environ 7 000 000 $ seront consacrés au développement des services pour nos concitoyens et concitoyennes présentant une déficience intellectuelle. À cet égard, l'accès au marché du travail demeure pour les adultes l'une des voies privilégiées de l'intégration sociale.

Cette année, nous entendons permettre à plus de 400 adultes handicapés intellectuellement, la plupart vivant dans la communauté, d'avoir accès aux services d'apprentissage, aux habitudes de travail et aux stages en entreprise. Pour ce faire, mon ministère dispose de 2 500 000 $ en 1988-1989. Je suis également consciente que l'atteinte des objectifs d'intégration sociale des personnes déficientes intellectuelles doit obligatoirement passer par la mise en place d'un réseau de services externes et de soutien au milieu. Par exemple, le maintien des enfants au sein de leur famille exige une contribution considérable de la part des parents, compte tenu des besoins particuliers de ces enfants. Je crois qu'il est essentiel de soutenir et d'encourager le travail accompli par les parents d'enfants handicapés intellectuellement. À cette fin, nous instaurerons des services de répit et de dépannage, des programmes de sensibilisation et d'information auprès des parents, des services de stimulation précoce et d'assistance éducative pour les enfants de zéro à quatre ans.

Nous sommes bien conscients qu'un montant de 4 500 000 $ ne permettra pas de répondre à tous les besoins que nous pouvons observer vis-à-vis de cette clientèle particulière, mais, au moins, ce sera un pas important dans la bonne direction. Nous accroîtrons aussi le degré d'intervention auprès des jeunes de 5 à 21 ans et de leur famille en ce qui a trait aux services d'adaptation et de développement, aux services d'assistance éducative, aux services d'intervention à domicile lors des situations de crise. Pour réaliser l'ensemble de ces mesures, le gouvernement a accordé un budget de 4 500 000 $.

Depuis quelques années, les centres d'accueil pour les personnes ayant une déficience physique voient leur volume d'activités et le coût de services s'accroître de plus en plus. La recherche et le développement dans le domaine médical réussissent à maintenir en vie des personnes qui seraient autrefois décédées et ont amené la mise en place de nouveaux services. Par ailleurs, le nombre de personnes accidentées de la route avec blessures graves et accidentées du travail ne cesse d'augmenter. Les services offerts par les centres d'accueil de réadaptation sont donc de plus en plus sollicités. Pour maintenir ces services de qualité et répondre plus adéquatement aux besoins des personnes handicapées physiquement, un montant additionnel de 1 000 000 $ est ajouté pour les centres d'accueil de réadaptation.

Finalement, faisant suite aux consultations générales qui se sont tenues sur le projet de politique en santé mentale préparé par le comité Harnois et rendu public le 30 septembre 1987, mon ministère est à préparer, présentement, une politique en santé mentale qui, j'espère, pourra être présentée au Conseil des ministres d'ici peu. Toutefois, compte tenu des besoins urgents dans ce domaine en raison du phénomène de désinstitutionnalisation, mais surtout en raison de la tendance à vouloir maintenir le bénéficiaire dans son milieu naturel, notre gouvernement a consenti, avant même l'adoption de la politique, un budget de 8 000 000 $. Cette somme, répartie de la façon la plus équitable possible entre les régions, nous permettra d'amorcer, de façon significative, la mise en place de la politique.

Les secteurs principalement visés dans cette première étape sont, entre autres, l'implantation d'un programme de mesures de répit aux familles et aux proches, le soutien financier des groupes d'entraide, la mise sur pied d'une campagne d'information et de sensibilisation et un effort additionnel dans le domaine de la recherche.

Quelques mots sur les plans d'effectifs médicaux. En 1986, l'Assemblée nationale votait le projet de loi 75 qui visait la mise en place de plans d'effectifs médicaux afin de mieux répartir ces derniers dans les régions. Jusqu'à présent, à l'exception de la région de Montréal, nous avons reçu les plans d'effectifs pour la majorité des autres régions du Québec. Cet objectif d'accessibilité des soins en régions me tient particulièrement à cœur et j'ose espérer la collaboration de tous dans son atteinte. À cette fin, je m'apprête à approuver, prochainement, les plans des effectifs médicaux de la Côte-Nord, de l'Outaouais, de la Montérégie et de Laurentides-Lanaudière.

Un examen rétrospectif du processus d'allocation des ressources utilisé par le ministère à ce jour permet de constater que ce processus a été principalement centré sur les besoins particuliers des établissements en place sans tenir compte de la richesse relative des régions. Cette façon de procéder a créé des inéquités dans l'accessibilité des différents types de ressources dans chaque région du Québec. Le ministère a la responsabilité de s'assurer que l'allocation des ressources financières se fasse de façon équitable aux plans interrégional et interétablissement. Cette année, nous avons mis davantage l'accent sur une méthodologie d'allocation des ressources permettant d'apporter des correctifs à l'un ou l'autre de ces paliers. Cette méthode est d'ailleurs utilisée pour répartir la plupart des crédits de développement, dont ceux de l'alourdissement de la clientèle et du maintien à domicile; le même principe sera mis en vigueur pour l'allocation des ressources dans les autres domaines que j'ai énumérés, qu'il s'agisse de la déficience mentale ou de la santé mentale.

La recherche dans le domaine de la santé et de services sociaux constitue l'une des activités fondamentales pour améliorer la qualité des services offerts à la population. En 19871988, ce secteur d'activité a reçu une attention particulière de la part du gouvernement. Nous avons, en effet, consolidé les organismes subventionnaires. Le Conseil québécois de la recherche sociale et le Fonds de recherche en santé du Québec ont vu leur budget augmenté, soit respectivement de près de 72 % et de 18,1 %. Nous désirons aussi développer, de plus en plus, la recherche dans certains secteurs spécifiques correspondant aux priorités du ministère. Déjà, nos différents projets de développement comportent un volet axé sur la recherche. Nous avons ainsi subventionné la recherche sur le SIDA, la recherche en santé mentale et la recherche sur la toxicomanie.

L'évaluation continuera de constituer une priorité pour mon ministère. C'est ainsi que j'ai autorisé, avec tout développement important de programmes, des sommes spécifiques aux fins d'évaluation. Le financement de l'évaluation des mesures de désengorgement des urgences est un exemple de cette orientation. L'affectation d'une somme de 400 000 $ pour procéder à l'évaluation de l'impact du développement du programme d'alcoolisme et de toxicomanie en est un autre. Il en va de même pour les nouvelles mesures prévues en santé mentale et pour la déficience intellectuelle qui seront également évaluées.

La réforme du système de santé et des services sociaux. Le 11 février dernier, la commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, la commission Rochon, déposait son rapport. Ce dernier marque une étape à l'occasion de laquelle la société québécoise est appelée à jeter un coup d'œil global sur les actions passées et les orientations pour le futur. Avant de proposer à la population québécoise un projet de réforme du système, il m'apparaît nécessaire d'entreprendre une tournée de consultation afin de prendre connaissance de la portée concrète de certaines recommandations proposées par la commission auprès des principaux groupes intéressés et, s'il y a lieu, me voir soumettre des solutions de rechange qui pourraient contribuer à court et à moyen terme à améliorer concrètement le fonctionnement et le financement de notre système de santé et de services sociaux. Cette tournée d'une durée de 30 jours s'échelonnera du début de mai à la fin de juin. Je devrais, au début de l'automne, être en mesure de proposer au gouvernement des orientations qui correspondront, je l'espère, aux attentes et aux besoins de la population.

Si notre système de santé et de services sociaux a atteint un degré élevé de maturité, il demeure en constante évolution. Il a été, au cours des ans, façonné par la complexité des interactions entre ses différents intervenants et adapté en fonction des réalités nouvelles. Cette évolution, qui fait sa force, nous indique également que des faiblesses subsistent et que des pas restent à franchir. Les crédits budgétaires de mon ministère pour 1988-1989 tels qu'évoqués aujourd'hui réaffirment la place prioritaire qu'occupe le secteur de la santé et des services sociaux dans les choix gouvernementaux. Malgré le contexte budgétaire actuel, nous avons choisi collectivement de protéger le caractère universel de notre système, de mettre l'accent sur les services plutôt que les structures et de « prioriser » la qualité de vie des concitoyens et des concitoyennes. Je me suis efforcée, au cours de 28 derniers mois, de travailler à l'atteinte de nos objectifs communs et j'entends poursuivre dans la même voie pour 1988-1989.

M. le Président, nous aurons l'occasion durant les deux prochains jours d'examiner plus en profondeur les actions qui retiendront de façon particulière l'attention de mon ministère cette année. Il me fera plaisir de répondre aux interrogations des membres de cette commission. Je vous remercie, M. le Président.