|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Province*** | ***Législature*** | ***Session*** | ***Type de discours*** | ***Date du discours*** | ***Locuteur*** | ***Fonction du locuteur*** | ***Parti politique*** |
| Québec | 34e  | 1re  | Remarques préliminaires à l’étude des crédits | 22 mai 1990 | M. Marc-Yvan Côté | Ministre de la Santé et des Services sociaux et ministre délégué à la Réforme électorale | PLQ |

**M. Côté :** M. le Président. Au début de cette année budgétaire où se dessinent des changements majeurs pour le système de santé et de services sociaux, il me fait plaisir d'entreprendre avec vous l'étude des crédits pour l'année financière 1990-1991.

Depuis que j'ai pris la direction du ministère, j'ai été à même de constater les forces et les faiblesses du réseau de la santé et des services sociaux québécois. Évidemment, je suis très ouvert à en connaître d'autres au cours de cette commission parlementaire et je pense que le député de Joliette tentera de nous en démontrer quelques-unes.

Pour amorcer les discussions que nous aurons au cours des prochains jours, j'aimerais, d'une part, effectuer un bref retour en arrière, ce qui me permettra de présenter la situation budgétaire 1990-1991 et, d'autre part, de poser les assises des orientations que j'entends mettre de l'avant.

Le gouvernement du Québec a, malgré des contraintes financières sérieuses, fait des efforts budgétaires significatifs pour maintenir et accroître les services à la population. Depuis quatre ans, le gouvernement actuel n'a imposé aucune coupure budgétaire significative aux établissements du réseau, afin de maintenir une prestation de services de qualité à la population.

Le gouvernement a non seulement maintenu les dépenses dans le domaine de la santé et des services sociaux, mais il les a accrues de façon importante. Le budget consenti au ministère et à la Régie de l'assurance-maladie du Québec est passé de 8 200 000 000 $ en 1986-1987 à 10 200 000 000 $ en 1989-1990, soit un accroissement de 24,3 %. Ce budget représente un peu plus de 30 % (30,6%) de l'ensemble du budget gouvernemental.

Durant cette période, la croissance des dépenses de mon ministère fut de 26,3 %, alors qu'elle ne fut que de 18,6 % pour l'ensemble du gouvernement. Près du tiers (31,8%) des crédits additionnels ont été injectés pour répondre aux besoins du ministère.

De 1986-1987 à 1989-1990, les dépenses du ministère ont en moyenne augmenté de 7,5 % par année. Cette croissance moyenne est inférieure à celle du produit intérieur qui se situe à 9,15 %. Elle est cependant nettement au-dessus de celle du taux de l'inflation, qui a progressé de 4,4 %.

À notre arrivée au gouvernement, certains problèmes demandaient des solutions énergiques et immédiates pour non seulement maintenir mais aussi améliorer les services de santé et services sociaux à la population québécoise. Le secteur de la santé, des services aux personnes âgées et aux jeunes en besoin de protection a, à cet égard, tout spécialement retenu l'attention.

En 1985, les compressions budgétaires imposées par le gouvernement précédent, et je prends le soin de le dire, compte tenu de la situation économique et financière de l'époque qui était extrêmement précaire, minaient dangereusement l'équilibre budgétaire des centres hospitaliers. Il nous a fallu prendre des mesures radicales visant d'abord à éliminer les déficits, qui étaient à l'époque de 260 000 000 $, et à rétablir les bases budgétaires de ces établissements pour une somme de 110 000 000 $.

D'autre part, pour leur permettre à ces mêmes centres de compenser l'augmentation des coûts liés à l'évolution des clientèles ainsi qu'à l'impact technologique, le gouvernement décida d'octroyer aux centres hospitaliers et aux centres de santé des crédits additionnels à titre de coût de système pour répondre au développement technologique et à l'augmentation de la demande de services. Les montants cumulatifs récurrents totalisaient en 1989-1990 près de 158 000 000 $.

Parallèlement à cet apport de crédits, le ministère a pris des mesures pour responsabiliser les établissements en regard des dépassements budgétaires et faire en sorte qu'il n'y ait plus de déficit.

Les services d'hébergement et les services à domicile pour les personnes âgées furent aussi au centre des préoccupations gouvernementales. Les montants cumulatifs récurrents totalisent plus de 93 500 000 $.

La situation d'engorgement dans les salles d'urgence et des listes d'attente dans le secteur de protection de la jeunesse a aussi retenu notre attention.

En plus de répondre aux situations qui demandaient une action immédiate, le gouvernement s'est aussi doté d'orientations et de plans d'intervention en regard de la santé mentale, de la lutte contre le sida, de la répartition des effectifs médicaux et du développement des services suite à de nouvelles constructions.

En janvier 1989, le gouvernement adoptait une politique en santé mentale. Cette politique, rappelons-le, vise, d'une part, à permettre à toute personne dont la santé mentale est perturbée ou qui risque de voir son équilibre psychique compromis d'obtenir une réponse adaptée à ses besoins et, d'autre part, à favoriser le maintien et le développement de la santé mentale de la population. La politique proposait des actions concrètes en regard de la protection des droits et de la répartition des ressources de promotion, de respect et de protection des droits, de répit aux familles, d'organismes communautaires, d'entraide et de formation. Les conseils régionaux ont d'ailleurs reçu, en 1989-1990, chacun une enveloppe globale pour actualiser ces quatre mesures. Il nous sera possible, dès l'automne prochain, de donner suite aux plans régionaux d'organisation des services. Cette année, en 1990-1991, le ministère préparera, avec les conseils régionaux, la décentralisation des budgets pour la santé mentale vers chacune des réglons.

Le sida, cette maladie grave et mortelle, a fait l'objet d'une attention particulière de la part du ministère en 1988, qui rendait public un plan global de prévention, de prise en charge et de contrôle de l'épidémie du sida. En juin 1989, il mettait en place le Centre québécois de coordination sur le sida. Ce centre, chargé de mettre en place les nouveaux programmes de prévention, de soins et de services, de même que de formation des intervenants, coordonne et canalise la collaboration de tous les intervenants du milieu. En incluant les sommes consacrées pour le médicament AZT, le gouvernement consacre annuellement 11 100 000 $ de façon spécifique pour les interventions préventives en regard du sida et les services spécifiques aux sidéens. À cela s'ajoutent évidemment tous les services rendus par les établissements dans le cadre de leurs propres activités et reliés à cette maladie.

La répartition inéquitable des médecins spécialistes entre les régions constitue une entrave des services médicaux auxquels la population a droit, quelle que soit sa région de résidence. En 1986, les régions universitaires de Québec, Estrie et Montréal métropolitain comptaient 78 % des spécialistes pour 51 % de la population. À l'inverse, les autres régions, avec une population de 49 %, ne comptaient donc que 22 % des spécialistes. Face à cette situation, il fallait redresser la situation pour que les citoyens puissent obtenir des services médicaux.

Nous devions favoriser l'installation des nouveaux médecins dans les régions en pénurie. Dès 1986, le gouvernement adopta des mesures législatives permettant la mise en place des plans d'effectifs médicaux. L'application de ces mesures a déjà permis d'accroître le nombre de spécialistes et d'omnipraticiens dans plusieurs régions en pénurie. Les efforts doivent cependant être maintenus. Nous devons continuer à infléchir les tendances passées quant aux régions d'installation des nouveaux médecins. Les régions les mieux pourvues seront ainsi appelées à contribuer soit en limitant la croissance de leurs effectifs, soit en ne remplaçant pas une partie des médecins qui quittent ou abandonnent la pratique. Ceci facilitera et accentuera le recrutement dans les autres régions.

Les investissements immobiliers réalisés depuis 1986-1987 ont permis d'accroître les services de santé et le nombre de lits d'hébergement de soins de longue durée disponibles ou encore d'améliorer ces services.

C'était un bref rappel qui m'apparaissait utile compte tenu des investissements considérables que le ministère a dû faire au cours des dernières années et qui répondaient, bien sûr, à des besoins.

Quant à la situation de 1990-1991, le budget accordé cette année pour les services de santé et les services sociaux atteint 10 900 000 000 $. Ces crédits se répartissent comme suit: 8 500 000 000 $ pour le ministère et le réseau lui-même, et 2 400 000 000 $ pour les programmes administrés par la Régie de l'assurance-maladie du Québec. Cette année, le budget de mon ministère et de la Régie de l'assurance-maladie du Québec s'accroît de 738 900 000 $. Il fut un temps, M. le Président, quand j'étais aux Transports, où un montant comme celui-là aurait été, très certainement, le bienvenu pour l'ensemble du réseau routier à travers le Québec.

Rappelons que cet accroissement représente 35.4 % de l'ensemble des crédits additionnels alloués par le gouvernement du Québec pour 1990-1991, soit une masse globale de 2 085 000 000 $.

En 1990-1991, le budget de mon ministère s'accroîtra donc de 540 300 000 $. Cette augmentation de 6,8 % est nettement plus élevée que le taux d'inflation prévu à 4,8 % et un peu plus élevée que le produit intérieur brut du Québec, estimé à 5,7 %. Cet accroissement des crédits comprend d'abord les crédits nécessaires pour couvrir les hausses des salaires du personnel cadre et syndiqué, la croissance des autres dépenses et l'augmentation, au 1er janvier 1990 et 1991, des cotisations de l'employeur à la Régie de l'assurance-maladie du Québec, à la CSST, à la Régie des rentes du Québec ainsi qu'à l'assurance-chômage. Il inclut aussi des crédits qui permettront de poursuivre l'action entreprise pour améliorer les services à la population.

La part des crédits consacrés au traitement des cadres comprend l'accroissement des salaires au 1er juillet 1989, une provision pour la progression salariale et l'indexation des échelles au 1er juillet 1990.

Les augmentations de 5,13 %, au 1er janvier 1990, et de 4 %, au 1er janvier 1991, de même qu'un accroissement de 0,48 %, pour couvrir la progression normale des syndiqués à travers les échelons de la structure salariale, ont été pris en considération dans le calcul des crédits pour le personnel syndiqué.

De plus, un montant de 200 000 000 $ a été inclus dans les crédits pour l'équité salariale, pour le relèvement des primes d'inconvénients et de responsabilités, et pour les échelles d'infirmières bachelières. C'est d'ailleurs cette injection des crédits supplémentaires qui nous a permis de signer la convention collective avec les syndicats d'infirmiers et d'infirmières.

En plus de l'annualisation des décisions budgétaires 1989-1990, des ajustements dits mécaniques et des crédits requis pour donner suite aux conventions collectives, le ministère a obtenu plus de 110 000 000 $ en crédits nouveaux pour répondre aux besoins du réseau. Ces crédits serviront notamment au coût de système santé, aux services aux personnes âgées, aux services en langue anglaise, au désengorgement des urgences et au développement suite à des travaux d'immobilisation.

En 1990-1991, nous continuerons à verser des crédits additionnels dans le réseau pour permettre aux établissements de maintenir la qualité des services. Donc, un montant additionnel de 46 900 000 $ sera versé aux établissements de santé à titre de coût de système.

L'approche arrêtée par le ministère pour allouer le coût de système santé 1990-1991 sera différente de celle des années antérieures, en ce sens qu'elle sera constituée, en grande partie - environ les deux tiers de l'enveloppe globale, d'ajustements spécifiques pour la réalisation de projets résultant des effets de clientèle et d'évolution technologique, tels l'arrivée nette de médecins, certains nouveaux médicaments ou encore l'accès à des services spécialisés. Le solde, soit le tiers de l'enveloppe globale, sera alloué aux établissements au prorata de ce qu'ils auraient obtenu si on utilisait les mêmes taux d'ajustement paramétrique que ceux de 1989-1990.

En 1991-1992, les crédits alloués à titre de coût de système seront répartis en tout ou en partie à partir de la méthodologie basée sur la richesse relative des régions. Ceci favorisera une meilleure équité interrégionale.

Encore cette année, nous poursuivrons nos efforts pour accroître et améliorer les services aux personnes âgées. Ainsi, 28 000 000 $ seront affectés aux services aux personnes hébergées et au maintien à domicile des aînés, ce qui porte le total des crédits ajoutés à 121 500 000 $.

L'approche arrêtée pour allouer ces crédits sera similaire à celle de 1989-1990. Une allocation régionale, inversement proportionnelle à la richesse régionale eu égard aux besoins des personnes âgées, sera mise à la disposition de chaque conseil régional. Le conseil régional recommandera la répartition des crédits entre les ressources institutionnelles d'hébergement et de longue durée, le maintien en milieu de vie naturel et les ressources de support au maintien en milieu de vie naturel. Sur acceptation de cette répartition par le ministère, il sera de la responsabilité du conseil régional de proposer une affectation par établissement ou organisme.

En 1990-1991, un groupe d'experts est créé afin de formuler des orientations visant à indiquer clairement la direction vers laquelle le ministère devrait s'engager au cours des prochaines années pour répondre aux besoins des personnes aînées. Ce groupe d'experts, présidé par M. Jean Pelletier, doit formuler des objectifs mesurables et préciser les actions à mettre en œuvre pour atteindre ces objectifs. Il existe actuellement de nombreuses études sur ces sujets; il n'est pas question de refaire le travail de recherche déjà accompli. Je m'attends que le groupe d'experts me soumette, au début de 1991, donc, fin décembre, début janvier, des propositions, j'insiste, réalistes et concrètes.

L'accessibilité des services de santé et des services sociaux est l'un des objectifs fondamentaux poursuivis par le gouvernement en matière de santé et de services sociaux. Afin de rendre des services accessibles à nos concitoyens de langue anglaise, le gouvernement a approuvé, pour chacune des réglons, un programme d'accès aux services offerts par le réseau d'établissements de santé et de services sociaux. Pour coordonner ce plan d'action, on injectera 1 100 000 $.

Les personnes d'expression anglaise, au Québec, compteront ainsi sur 249 établissements (79 établissements désignés et 170 établissements indiqués) pour recevoir des services dans leur langue. Sur les 858 établissements de santé et de services sociaux que compte le Québec, ceci représente un pourcentage de 29 % qui ont l'obligation de rendre accessibles des services en langue anglaise.

Les mesures mises en place, en 1986-1987, dans le cadre du plan d'action visant à désengorger les salles d'urgence, ont été très bénéfiques. Entre 1985 et 1988 - on peut le dire, je pense, et le répéter - à l'époque, la situation des urgences s'était nettement améliorée. Le budget total affecté pour le fonctionnement des mesures permettant de désengorger les urgences atteindra, en 1990-1991, près de 129 200 000 $, dont 10 BOO 000 $ pour les 332 places additionnelles ouvertes en 1989-1990. Donc, l'argent du budget de fonctionnement récurrent, au moment où nous nous parlons, est de 129 200 000 $, ce qui est considérable.

Toutefois, je suis conscient que le plan d'action connaît actuellement un essoufflement et qu'un important virage doit être porté si l'on veut améliorer davantage la situation qui prévaut actuellement dans les urgences. Un sérieux examen de conscience doit être fait par les administrations hospitalières, dans le but de revoir l'ensemble de leurs politiques de fonctionnement interne et externe, car la solution à ce problème d'encombrement doit passer par cette voie.

C'est donc dans cet esprit que j'ai annoncé, lors de ma conférence de presse du 27 février 1990, la mise sur pied de deux groupes, qui auront des mandats très précis. D'abord, le groupe d'intervention a pour tâche principale de mettre en lumière les problèmes d'organisation et de fonctionnement dans les salles d'urgence et de formuler ses recommandations tant à l'établissement, au conseil régional, qu'au ministère, pour apporter les correctifs qui s'imposent. Ce groupe tactique, communément appelé le GTI, a déjà amorcé son plan de travail, et je suis convaincu qu'il pourra contribuer grandement à aider les administrations hospitalières. Également, dans le but de, si vous me passez l'expression, "réenligner" le plan d'action 1986-1987, j'al décidé de créer un second groupe, le groupe stratégique, qui aura pour mandat de me faire des recommandations précises quant aux mesures à caractère permanent qui devront être mises de l'avant par les établissements pour améliorer la situation. Les mesures comporteront très peu d'injections budgétaires, mais seront davantage fonction d'une organisation interne de fonctionnement et d'une coordination régionale.

Le secteur de la protection de la jeunesse constitue aussi un autre secteur où l'ajout des crédits n'est pas le seul remède au problème d'engorgement. Depuis l'exercice financier 19861987, des sommes importantes ont été investies afin de résorber les listes d'attente dans le secteur de la protection de la jeunesse. Cet investissement représente 6 600 000 $ en 19891990. Malgré ces investissements massifs, le phénomène des listes d'attente tardait à se résorber. Au 5 janvier 1990, la liste d'attente à l'évaluation comptait encore 3761 signalements. Un plan d'action, comportant un bilan de la situation, une stratégie d'intervention et des mesures concrètes, a été mis en place en collaboration avec les directeurs des CSS et les directeurs de la protection de la jeunesse. D'ores et déjà, des mesures mises en place ont été efficaces. Après 15 semaines, la liste d'attente à l'évaluation a diminué de 37,3 %, passant de 3761 situations, le 5 janvier 1990, à 2359 situations, le 23 avril 1990, et à 1935 au 11 mai dernier.

Fait important à souligner, parallèlement à cette diminution systématique de la liste à l'évaluation, on a aussi réduit de près de 100 cas la liste d'attente de la prise en charge, passant de 986 à 886.

Parallèlement à l'ajout des crédits importants, nous avons aussi révisé certaines normes de pratique des intervenants des CSS. Les recommandations du rapport Harvey à cet égard, maintenant en application dans tous les CSS, aident à normaliser les pratiques, à accroître l'efficacité de l'intervention et à stabiliser la liste d'attente à l'évaluation malgré la progression exponentielle des signalements. Le lancement des travaux de la deuxième phase du rapport Harvey, qui porte sur l'examen de la prise en charge, devrait aussi avoir une incidence sur la liste d'attente à la prise en charge.

Enfin, la réflexion en cours au ministère, au sujet des listes d'attente, nous amène à remettre en question l'investissement systématique dans les ressources lourdes de la protection de la jeunesse. Notre investissement futur pourrait désormais toucher d'autres partenaires susceptibles d'agir dans le domaine de la prévention et de l’intervention de première ligne afin d'améliorer le support à la famille et à la jeunesse.

Malgré notre impuissance à contrôler l'entrée des signalements, le redressement de la situation s'avère très significatif. La gestion du phénomène des listes d'attente devrait être sous contrôle une fois que les éléments de la réforme du système de la santé et des services sociaux seront intégrés dans le réseau.

À l'instar de l'ensemble des pays industrialisés, le gouvernement du Québec porte à la question de la toxicomanie une attention toute particulière. Ainsi, le premier ministre du Québec a mandaté un groupe de travail sur la lutte contre les drogues. Ce groupe, présidé par M. Mario Bertrand, identifie présentement des pistes d'action à prioriser. Un rapport sera déposé au premier ministre en juin prochain, et le plan d'action qui en découlera devra avoir un impact sur les actions de notre ministère.

Le ministère a déjà procédé, en 1988, à une vaste consultation concernant les orientations à privilégier. Il a également investi près de 4 000 000 $ dans ce secteur pour la prévention, la réadaptation et la recherche. En 1989-1990, les régions ont complété un programme régional de prévention de la toxicomanie.

Des crédits de l'ordre de 22 400 000 $ sont aussi ajoutés pour assurer le fonctionnement à la suite des différents projets de construction dans le secteur de la santé et des services sociaux. Ces crédits additionnels permettront de rendre accessibles des lits et des services supplémentaires dans les établissements et d'améliorer certains services en les rationalisant.

Pour répondre, d'une part, à la hausse croissante des loyers payés par les établissements et, d'autre part, aux besoins additionnels de location, on ajoute 3 200 000 $ aux crédits prévus pour la location d'espace.

Nous ajoutons aussi 2 000 000 $ en crédits nouveaux pour accroître les services dispensés par les maisons d'hébergement jeunesse, par les centres de femmes et par les organismes de mesures de rechange. De plus, nous injectons 1 000 000 $ pour la gestion du transport ambulancier.

Afin de compléter ce tour d'horizon concernant les crédits qui seront injectés dans le réseau, permettez-moi d'aborder avec vous la question des immobilisations. Au cours de l'exercice budgétaire complété le 31 mars dernier, le Conseil du trésor a autorisé le ministère à entreprendre ou à compléter des projets totalisant 986 300 000 $ au cours de la période s'étendant du 1er avril 1989 au 31 mars 1992. De cette somme, 669 800 000 $ sont alloués au parachèvement et 316 500 000 $ aux nouvelles initiatives de maintien d'actifs et de développement inscrit au plan annuel des immobilisations 1989-1990.

Dans ce contexte, j'attire votre attention sur la volonté manifestée par le gouvernement de corriger les problèmes de sécurité-vétusté observés dans le réseau ces dernières années. Ainsi, dans le budget de M. Levesque du mois de mai dernier, 75 600 000 $ ont été ajoutés à cet effet. Pour le plan triennal qui débute, le ministère allouera ses enveloppes budgétaires pour répondre aux besoins de sécurité-vétusté des immeubles, rééquilibrer les secteurs en déficit de lits, développer et améliorer les services d'hébergement et de longue durée à la population vieillissante et les services de réadaptation à la jeune population. Nous verrons aussi au développement de la recherche en santé et au rehaussement technologique.

Pour atteindre ces objectifs, nous révisons actuellement le cadre normatif en nous basant sur une politique de conservation des immeubles et des équipements, nous demandons une enveloppe budgétaire consacrée au développement et nous finalisons un cadre de gestion des immobilisations qui devrait permettre de mieux rationaliser les choix de projets devant faire l'objet d'investissements immobiliers.

Les budgets 1990-1991 des établissements et des conseils régionaux seront indexés pour tenir compte de l'impact financier des conventions collectives et, de plus, les établissements pourront compter sur une indexation des dépenses non salariales correspondant au taux de croissance prévu par le ministère.

L'année budgétaire 1990-1991 sera marquée par l'intégration au budget global d'éléments qui donneront aux gestionnaires des établissements une plus grande marge de manœuvre pour gérer de façon efficace et efficiente les ressources mises à leur disposition.

L'intégration au budget global des établissements de services sociaux des avantages sociaux reliés à l'assurance-salaire, aux droits parentaux et à l'utilisation des banques de congés de maladie accumulés impliquera que le ministère ne corrigera plus, à partir des états financiers, les montants prévus et que, par ailleurs, les établissements pourront bénéficier des surplus qui résulteront d'une gestion de ces postes budgétaires. Ce sera également le cas pour les revenus de suppléments de chambres en établissement de santé.

Afin d'inciter les employeurs à une meilleure prévention des accidents de travail, la CSST a modifié son mode de tarification. Cette modification amènera des changements budgétaires importants pour certains établissements. Afin d'atténuer l'impact de ces modifications et aussi pour permettre aux établissements de s'adapter au nouveau mode de tarification, le ministère procédera, pour une période transitoire de deux ans, à des réallocations de ressources entre les établissements.

Le contexte des finances gouvernementales a également motivé l'introduction, pour 19901991, d'une demande aux établissements pour qu'ils participent aux efforts de réduction des dépenses. Malgré d'importants efforts déployés au cours des dernières années par l'ensemble des établissements, il y a encore place pour des mesures de réduction de dépenses qui n'affectent pas les services directs à la population. C'est pourquoi un ajustement a priori, variant de 0,15 % à 0,30 % selon la catégorie d'établissements, sera effectué au budget 1990-1991.

C'est certainement un thème très intéressant pour le député de Joliette, compte tenu de la fin de semaine: le désengagement du gouvernement fédéral dans le secteur de la santé.

On ne peut aborder l'étude des crédits du ministère de la Santé et des Services sociaux sans s'attarder quelques instants sur la problématique du désengagement fédéral.

Rappelons tout d'abord quelques faits brutaux. Le gel de la contribution fédérale au financement de la santé annoncé dans le dernier budget fédéral représente un manque à gagner pour le Québec de 157 400 000 $ en 1990-1991. Sion considère l'ensemble des mesures de réduction de la contribution fédérale adoptées depuis 1982, le manque à gagner pour le Québec au titre du financement de la santé représente, pour la seule année 1990-1991, un montant de 848 000 000 $ et atteindra, en 1991-1992, 1 121 000 000 $. Le résultat de ces coupures est que la contribution fédérale au financement de la santé, qui représentait, en 1977-1978, quelque 45,3 % des dépenses du Québec à ce titre, n'en représente plus que quelque 36,2 % en 1990-1991. Il n'est donc pas exagéré de parler d'une véritable opération de désengagement du fédéral dans le secteur de la santé.

Ce désengagement est à la fois inacceptable, injuste et incohérent. Il est inacceptable, parce qu'il remet en cause de façon unilatérale un engagement historique des gouvernements fédéral et provincial, pris au milieu des années soixante et renouvelé par la suite jusqu'au début des années quatre-vingt, de collaborer au développement et au maintien de systèmes de santé qui permettent d'améliorer l'état de santé de l'ensemble des Canadiens.

Il est inacceptable également parce qu'il survient à un moment où les pressions sur les systèmes de santé sont énormes, tant en raison du vieillissement de la population, du développement de la technologie que de l'émergence de nouveaux besoins. Le désengagement fédéral a pour effet de reporter sur les provinces la responsabilité financière de faire face à ces pressions alors qu'elles-mêmes doivent affronter de graves problèmes financiers.

Il est injuste parce qu'il s'opère de façon aveugle, c'est-à-dire sans tenir compte de la capacité fiscale de chaque province. Il en résulte que les provinces moins bien nanties doivent supporter un fardeau encore plus lourd pour maintenir des services de santé accessibles et de qualité.

Il est incohérent, enfin, avec les exigences imposées par le fédéral dans le cadre de la Loi canadienne sur la santé. Comme on le sait, cette loi impose aux provinces de maintenir un système de santé universel et accessible tout en interdisant toute forme de contribution des usagers pour les services assurés et ce, sous peine de sanctions financières.

L'imposition de standards dits nationaux s'est justifiée historiquement dans la logique fédérale par l'importance de son engagement financier et par sa volonté d'assurer des services équivalents dans chaque province. Le désengagement actuel remet fondamentalement en cause cette approche. Le gouvernement fédéral ne peut à la fois accélérer son désengagement financier et justifier le maintien de normes nationales dont le poids du respect incombe essentiellement aux provinces.

En conclusion, il nous apparaît clair que le gouvernement fédéral doit maintenant se brancher. Ou bien il veut réellement épauler les provinces dans le maintien de systèmes de santé de qualité, et il doit alors rétablir sa participation financière; ou bien il poursuit dans la voie du désengagement, et il doit alors en tirer les conséquences logiques eu égard à l'imposition de normes nationales.

Le gouvernement du Québec a pu, jusqu'à présent, faire en sorte que le désengagement fédéral n'affecte pas directement le niveau et la qualité des services de santé offerts aux Québécois. Cela a été possible au prix de nombreux efforts et parce que la santé constitue un secteur prioritaire d'intervention pour notre gouvernement. Mais l'aggravation de la situation menace nos acquis et les responsables de cette situation doivent être clairement identifiés et doivent supporter le poids politique de leurs gestes.

Malgré la baisse des revenus - et j'achève, M. le Président, je sais que j'ai déjà abusé largement de votre patience - provenant du gouvernement fédéral, le gouvernement québécois a, jusqu'à maintenant, réussi à maintenir et à accroître ses investissements dans le secteur des services de santé et des services sociaux, parfois au détriment d'autres secteurs d'activité gouvernementale. Cette baisse progressive et importante de revenus nous amène maintenant à considérer des sources de financement additionnelles et à réexaminer certains programmes tout en conservant l'accessibilité et l'universalité des services de santé et des services sociaux à caractère essentiel.

Le financement de certains services par les bénéficiaires a été accru. Cette situation se présente pour le transport ambulancier et les suppléments de chambres en établissement de santé où les frais n'avaient pas été indexés depuis plusieurs années. Un rattrapage s'imposait donc. Le tarif de prise en charge pour un transport par ambulance a donc été porté de 70 $ à 90 $. De plus, les suppléments de chambres privées et semi-privées ont été redressés de 28 % en moyenne, ces suppléments n'ayant pas été indexés depuis plus de cinq ans maintenant.

La dernière mesure afférente au financement alternatif est l'introduction de frais de 10 $ pour le remplacement avant échéance des cartes d'assurance-maladie perdues, volées ou détruites. Ces frais ont pour objectif de ne pas faire supporter par l’ensemble de la collectivité des frais administratifs reliés à un nombre restreint de bénéficiaires. Le ministère, en collaboration avec la Régie de l'assurance-maladie du Québec, a également entrepris de rationaliser ses programmes et ses dépenses. J'entends aussi examiner avec la Régie de l'assurance-maladie du Québec les mécanismes qui habiliteraient cet organisme à exercer un véritable rôle d'évaluation des programmes sous sa responsabilité et lui permettraient d'exercer un véritable contrôle auprès des dispensateurs de services ainsi que des utilisateurs de services.

En terminant, M. le Président, au cours des prochains mois, nos efforts seront tout spécialement consacrés à définir dans sa forme finale le projet de réforme des services de santé et des services sociaux entrepris il y a plus de quatre ans. Je dois rappeler ici que la phase ultime de ce vaste réexamen du système québécois de la santé et des services sociaux profitera largement de l'étude de l'avant-projet de loi sur les services de santé et les services sociaux que vient de compléter cette commission parlementaire. Je rappelle que nous avons eu 266 mémoires, que nous en avons entendu près de 175 et je n'ai pas besoin, M. le Président, de vous dire que certains principes nous guident, qu'ils continueront toujours de nous guider dans la même ligne de pensée que celle de la commission parlementaire. Je rendrai public à l'automne le plan d'action concernant l'ensemble des mesures adoptées dans le cadre de cette réforme. Après, l'Assemblée nationale sera saisie du projet de loi contenant les dispositions législatives qui devront être adoptées afin de permettre les changements souhaités.

Donc, M. le Président, un très gros programme pour le ministère de la Santé et des Services sociaux, bien sûr, vu dans le cadre plus large d'un autre programme gouvernemental qui est tout aussi chargé, lui aussi, et tout en tenant compte, bien sûr, dans chacun des cas et chacune des situations, des imprévus à la fois à la santé et gouvernementaux qui pourraient survenir au cours de cette année. Merci, M. le Président.