|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***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 | 16 avril 1991 | 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. L'autre entente, c'est que, comme par les années passées, M. le Président, on a l'habitude d'échanger ou de tenter de vider à peu près tous les sujets et d'adopter les programmes et les éléments à la fin pour ne pas s'enfarger, si vous me permettez l'expression, dans le programme ou dans l'élément. Donc, ça prend une discussion souple, ouverte, de transparence.

On portera le jugement à la fin, de part et d'autre. L'étude des crédits, c'est, bien sûr, M. le Président, un exercice rituel que je vois et que je vis personnellement depuis 1973, donc depuis maintenant près de 17 ans. C'est un moment extrêmement important dans notre parlementarisme, où le ministre et ses fonctionnaires viennent répondre à un certain nombre de questions de l'Opposition. Nous ne faisons pas exception à la règle puisque, effectivement, ce matin et pour une période de 19 heures, ce qui est, règle générale, la plus longue interpellation d'un ministère, nous le ferons avec une grande ouverture d'esprit et avec plaisir.

D'entrée de jeu, il nous faut jeter, si vous le voulez bien, un bref regard sur le passé, mais un passé encore récent. Au cours des six dernières années, le gouvernement du Québec a fait un effort sérieux dans le secteur de la santé. L'objectif était de maintenir les services à la population, mais aussi d'accroître ces mêmes services. Comme résultat, ce qu'on peut constater, c'est qu'il n'y a aucune compression budgétaire significative qui a été imposée au réseau, malgré ce qu'on peut, à l'occasion, entendre.

Concrètement, le budget du ministère et celui de la Régie de l'assurance-maladie du Québec est passé de 8 100 000 000 $ en 1986-1987 à près de 12 000 000 000 $ en 1991-1992, soit une hausse moyenne de 8 % par année, ce qui est tout à fait exceptionnel. La répartition de ces 12 000 000 000 $ pour 1991-1992 est la suivante: 9 400 000 000 $ pour le ministère de la Santé et des Services sociaux et 2 600 000 000 $ pour la Régie de l’assurance-maladie du Québec. Globalement, c'est 31,1 % des dépenses gouvernementales en 1991-1992 par rapport à 28,7 % en 1986-1987, donc une croissance très importante de la part du ministère de la Santé et des Services sociaux dans le budget du gouvernement du Québec, reconnaissant par le fait même que la santé et les services sociaux est un secteur prioritaire pour le gouvernement.

Les dépenses du ministère et du réseau, durant cette période, étaient en hausse. Donc, une hausse, comme on l'a dit tantôt, en moyenne de 8 % par année, une croissance légèrement inférieure au PIB qui, lui, se situe à une moyenne de 8,4 %, mais supérieure à l'indice moyen des prix à la consommation, qui est à 5,3 %.

Les crédits du ministère et du réseau ont connu sensiblement le même sort, en hausse de 7,9 % par rapport à l'an dernier, soit un total de 690 000 000 $, bien en deçà des prévisions pour 1991-1992 en ce qui a trait au taux d'inflation et au PIB de 5,7 % et de 2.5 %.

Qu'est-ce que ça comprend, ces crédits que nous nous apprêtons à examiner? Des ajustements à la suite des engagements contractuels avec les employés des secteurs public et parapublic, ainsi qu'une indexation partielle des dépenses non salariales. À titre d'exemple, ces ajustements prévoient: des crédits nécessaires à l'ajustement salarial de 5 % consenti en janvier 1991, pour une facture de 225 000 000 $; les sommes nécessaires pour actualiser les mesures d'équité salariale, et les primes d'inconvénients, pour 98 000 000 $; et la progression dans les échelles salariales, ce qui représente plus ou moins 25 000 000 $.

Au-delà des ajustements des crédits additionnels, ça veut aussi dire pour nous accroissement des activités. On compte d'ailleurs réaliser beaucoup de choses dans un avenir immédiat.

Parlons d'abord du coût du système de santé. C'est connu, depuis cinq ans, le ministère accorde aux centres hospitaliers des crédits pour deux raisons: premièrement, faire face à l'accroissement du volume et, deuxièmement, intensifier les services qu'ils doivent offrir. Les crédits disponibles cette année à ce chapitre: 49 200 000 $ répartis en fonction de besoins prioritaires précis. Qui dit priorité dit forcément choix, surtout dans l'optique de ne pas pénaliser la population utilisatrice de services. Un exemple de ce choix que nous faisons et qui est assez clair: en raison des contraintes, nous ne pourrons allouer un coût de système paramétrique aux établissements. Comme ça a été le cas au début du système, c'était paramétrique, règle générale, où chaque hôpital, compte tenu de son niveau de statut universitaire ou d'hôpital général, recevait un pourcentage à la base et l'hôpital l'affectait à ce qu'il voulait lui-même à l'intérieur de son établissement en termes de priorités.

En contrepartie, il y a des services qui nous apparaissent plus que prioritaires. Premièrement, un choix entre tous: les services tertiaires de cardiologie. On connaît tous les ravages causés par les maladies cardio-vasculaires, première cause de décès au Québec, au Canada, chez les hommes comme chez les femmes. En 1986, 40 % de l'ensemble des décès au Québec étaient attribuables à ces maladies, mais il y a un espoir de diminuer progressivement cette maladie, meilleures habitudes de vie aidant, bien sûr. Au ministère, on a fait le pari suivant: une réduction de 20 % des mortalités dues à une maladie cardio-vasculaire permettrait, d'ici l'an 2000, d'atteindre des taux de mortalité de 260 par 1000 chez les hommes et de 200 par 1000 chez les femmes. C'est comparable au taux des meilleurs pays. C'est mieux, en tout cas, que les taux actuels de 327 par 1000 chez les hommes et de 275 par 1000 chez les femmes. Depuis 1989, le gouvernement a investi 5 900 000 $ pour soutenir et pour développer les services tertiaires en cardiologie. D'ici 1993-1994, le gouvernement injectera 14 500 000 $ dans ce secteur d'activité. Dans la seule année financière 1991-1992 - donc celle qui nous préoccupe actuellement- 6 500 000 $ qui nous permettront de diminuer les listes d'attente et de faire face aux besoins de services additionnels.

Deuxièmement, services de dialyse. Une autre réalité avec laquelle nous devons composer comme société. De 1985 à 1989, le nombre de personnes ayant eu besoin de services de dialyse pour survivre a augmenté de 41,1 %: 1802 personnes en 1985, 2545 en 1989. Des centres hospitaliers ne sont plus capables, actuellement, de répondre à la demande. Comme gouvernement, nous nous devons de réagir. Donc, première intervention, on ajoute des crédits à Montréal et à Québec dans le but de consolider et de main tenir les services existants; deuxième intervention, on favorise le développement de services dans les autres régions du Québec, l'objectif ultime étant de permettre à la population éloignée des grands centres d'avoir accès plus facilement à ces services; et, troisième intervention, la consolidation des services en dialyse. En clair, on injecte 2 000 000 $ pris à même les crédits pour le coût système-santé.

Quant au Groupe tactique d'intervention, mieux connu sous le nom de GTI. Je pense que se parler de bilan de l'année, ou de crédits, ou d'avenir sans se parler du GTI serait faire abstraction d'un événement extrêmement important. Les salies d'urgence des centres hospitaliers ont toujours représenté pour le ministère une préoccupation constante. Dès 1986, des centaines de millions de dollars ont été investis pour, bien sûr, désengorger les salies d'urgence. En 1990-1991, les mesures mises en place ont coûté 134 000 000 $. Les prévisions pour 1991-1992 nous amènent à 140 000 000 $, mais l'argent ne règle pas tout, et c'est l'histoire d'un passé très récent. On peut bien pomper des millions dans les salles d'urgence, reste que des contrôles s'imposent à l'évidence. Il y a un an, j'ai mis en place un groupe d'intervention, sous la présidence du Dr Tétreault. Son mandat: mettre en lumière les problèmes d'organisation et de fonctionnement dans les salles d'urgence, formuler des recommandations aux établissements, aux conseils régionaux et au ministère et, en bout de piste, le rêve que je caresse, solutionner les difficultés qui persistent. Un an plus tard, on est déjà à l'heure des bilans provisoires, comme il se doit.

Le premier élément intéressant: le Groupe tactique d'intervention, communément appelé le GTI, présidé par le Dr Tétreault, a visité et fait des recommandations sur la plupart des centres hospitaliers des régions visées par le plan de désengorgement des urgences, c'est-à-dire les régions de Québec, de Trois-Rivières, de Montréal métropolitain, de Montérégie et de Laurentides-Lanaudière. Ces investissements ont permis d'améliorer la situation dans plusieurs établissements. Le GTI va donc poursuivre, en 1991-1992, son action. Il va même l'élargir aux autres régions du Québec. Le groupe a formulé des recommandations. Histoire d'y donner suite, nous investissons 2 000 000 $ pour améliorer les services gériatriques de courte durée.

L'arrivée nette de médecins. Assurer aux citoyens du Québec l'accès aux services de santé dans leur milieu de vie, c'est un objectif à la fois noble et ambitieux. Les ressources doivent, bien sûr, être aussi disponibles. Nul n'est besoin de dire jusqu'à quel point la répartition des effectifs médicaux sur le territoire demeure une préoccupation primordiale pour nous. Depuis 1986-1987, des médecins omnipraticiens et spécialistes se sont installés en régions éloignées et périphériques, tout ça en conformité avec les plans d'effectifs médicaux. Évidemment, pour accueillir ces nouveaux médecins, le ministère doit renforcer l'infrastructure dans les centres hospitaliers concernés. Depuis cinq ans, c'est près de 22 500 000 $ qui ont été investis. En 1990-1991 et en 1991-1992, c'est près de 9 000 000 $ qui s'ajouteront dans les centres hospitaliers des régions éloignées et intermédiaires.

Certains services doivent être consolidés, et ce n'est pas les moindres: scanographie, néonatalogie, radiologie-oncologie, et lithotripsie, pour ne mentionner que ceux-là. Des montants de 14,1 millions de dollars sont prévus au budget de cette année.

Quant aux services aux personnes âgées et à la consolidation des CLSC... On l'a dit et on le redit, la population est vieillissante. La proportion des 65 ans et plus ne cesse de croître. La réalité, c'est que, d'ici dix ans, le nombre de personnes âgées aura donc augmenté de 40 %. Donc, c'est 14 % de nos personnes qui auront plus de 65 ans au tournant du siècle. Plus de 80 % de nos aînés évoluent dans leur milieu naturel, n'étant aucunement limités dans leurs activités quotidiennes. Toutefois, le cinquième des personnes âgées n'y arrivent pas, et c'est quand même extrêmement important. On parie, au tournant du siècle, d'au-delà de 1 000 000 de personnes âgées qui auront atteint le seuil des 65 ans, et c'est considérable.

La conclusion de tout ça, c'est que, bien sûr, il faut qu'elles soient aidées. Même si, actuellement, des efforts sont consentis de manière assez substantielle pour les maintenir à domicile, il nous faut, par conséquent, ajouter aux services de maintien à domicile. 70 % à 77 % des personnes rejointes par ces services ont 65 ans et plus, laissant pour le reste des populations rejointes les personnes handicapées qui ont aussi du service de maintien à domicile. Tous en conviendront, ces services sont essentiels en ce qu'ils permettent aux aînés de demeurer à domicile, mais les efforts ne doivent pas s'arrêter là. Il faut augmenter le niveau d'aide, en ayant toujours à l'esprit - et ça peut probablement en surprendre un certain nombre - que les proches des personnes âgées assument encore aujourd'hui, preuve à l'appui, de 70 % à 80 % de l'aide nécessaire aux aînés. Cette aide n'est pas sans conséquence. Qu'il suffise de mentionner le stress, qui a des répercussions sur la santé physique et psychique de ces aidants naturels, sans compter la qualité de leurs relations sociales qui s'en trouve bien souvent amoindrie.

Donc, il m'apparaît important de reconnaître davantage les services à domicile, des services que l'on doit consolider et augmenter. Le ministère injectera 15 000 000 $ de nouveaux crédits en 1991-1992. Bien sûr, le maintien à domicile, c'est une chose; les services d'hébergement et de soins de longue durée, c'est une autre chose. Encore là, le gouvernement a investi de façon importante à ce chapitre au cours des dernières années. Les besoins sont là pour cette clientèle qui représente de plus en plus de problèmes de perte d'autonomie psychique et cognitive. Concrètement, 14 000 000 $ de crédits additionnels pour ce secteur qui voit aussi le nombre d'heures requis en soins infirmiers augmenter de 2 % annuellement.

En CLSC... On en pariait déjà il y a 20 ans: dans la foulée de la commission Castonguay-Nepveu, les CLSC devaient être la seule porte d'accès à tous les services de santé et les services sociaux. Aujourd'hui, la réalité est bien différente. Les Québécois continuent d'utiliser massivement les salles d'urgence, les polycliniques, les cliniques externes des centres hospitaliers. Maintenant, il n'est plus question de faire des CLSC la seule porte d'entrée dans le réseau.

Mais, et je l'ai déjà exprimé clairement en rendant public le projet de réforme de la santé, les CLSC doivent consolider leur mission de première ligne dans ce même réseau, étant la porte principale du réseau, sans négliger qu'il puisse y avoir d'autres portes d'accès à ce réseau.

La vocation de chacun de ces établissements, elle, sera mieux cernée, dans le but évident de les rendre complémentaires. Force est de constater, cependant, que les CLSC ont connu un développement fort inégal. Certains sont en mesure d'offrir une gamme de services complets; d'autres ont manqué de ressources, arrivés en pleine récession dans les années 1980 ou encore 1985. Bref, il convient d'investir dans ces établissements, histoire de s'assurer qu'ils sont en mesure d'exercer leur nouvelle mission d'établissement public de première ligne.

Santé mentale. En janvier 1989, le Québec se dotait d'une politique de la santé mentale. En 1991, on est déjà en mesure de constater que des actions concrètes ont été menées. Permettez-moi d'en énumérer quelques-unes: la majorité des plans régionaux d'organisation de services en santé mentale ont été déposés; des enveloppes régionales de développement ont été octroyées selon une formule de péréquation basée sur la richesse relative de chaque région; la première phase de la campagne d'information et de sensibilisation en santé mentale a été lancée en mars 1990 et la seconde est maintenant en cours; les plans des services individualisés et des programmes de formation ont été élaborés; et les plans de services pour l'ensemble des réglons élaborés par les CRSSS seront complétés le mois prochain. Donc, dès le mois de mal, des spécialistes dans le domaine analyseront ces plans pour approbation. Des réallocations de ressources intrarégionales permettront de réaliser tout ce travail en santé mentale. Mais il y a plus: 8 000 000 $ seront investis dans ce secteur.

Les sages-femmes. Autre secteur névralgique s'il en est un. Bien sûr, ce que j'ai compris, c'est qu'on n'est pas encore à l'abri de certains soubresauts encore conservateurs dans la naissance de nos premières expériences de sages-femmes. Vous vous rappelez qu'un projet de loi a été adopté en juin 1990 sur la pratique des sages-femmes dans le cadre d'un projet-pilote. Il y a des expériences étrangères qui méritent notre attention. Ces expériences fournissent déjà certaines garanties quant au bien-fondé de la pratique des sages-femmes, mais il nous apparaît nécessaire de valider l'impact de la pratique des nouveaux intervenants dans le contexte québécois. Concrètement, huit projets-pilotes verront le jour. Ils seront évalués par un groupe d'experts composé de deux sages-femmes, un médecin, une infirmière et un représentant de l'Association des hôpitaux du Québec. Ce groupe me présentera ses recommandations quant à l'opportunité de permettre ou non la pratique des sages-femmes et, le cas échéant, quant à la détermination de l'organisme professionnel de cette pratique et quant au mode d'intégration de la sage-femme dans l'équipe de la périnatalité.

Concrètement, en 1991-1992, le Comité d'admission à la pratique des sages-femmes et le Comité d'évaluation des projets-pilotes amorceront résolument leurs travaux, puisque le Conseil des ministres a approuvé la formation de ces deux comités par un décret. Et il y a plus. La moitié des projets-pilotes seront mis en place: deux à l'intérieur des murs d'un établissement déjà existant du réseau et deux autres rattachés à un établissement, physiquement indépendants de l'établissement. Mettre en place tous ces services coûtera forcément des sous. Nous les évaluons à 1 200 000 $, dont 420 000 $ pour le fonctionnement des comités et 819 000 $ pour le fonctionnement des projets-pilotes à proprement parler.

La lutte contre la drogue est une autre question tout aussi préoccupante pour notre société. Déjà en novembre 1989, sur une proposition du premier ministre, le gouvernement reconnaissait son Intérêt en créant un groupe de travail sur la lutte contre la drogue. Le rapport du groupe de travail, présidé par M. Mario Bertrand, a été déposé l'été dernier. Les conclusions ne laissent planer aucun doute. Les conséquences de l'usage assidu et excessif de psychotropes entraînent des problèmes de santé et des difficultés psychosociales pour les individus et, au Québec comme ailleurs, le phénomène est inquiétant. En 1988, on estime que l'usage abusif de la drogue aurait coûté au total près de 1 200 000 000 $, dont plus de 800 000 000 $ pour les services de santé et les services sociaux. Le ministère n'a pas le choix. Il doit être partie prenante au processus qui consiste à lutter contre ce fléau. Les coûts occasionnés au système de santé et de services sociaux justifient à eux seuls cette intervention. Globalement, le gouvernement consacrera 15 300 000 $ pour lutter contre la drogue. À lui seul, le ministère recevra 8 400 000 $ en 1991-1992, l'équivalent de 54,9 % des crédits nouveaux accordés à ce secteur d'intervention.

Ce que nous comptons faire avec cet argent: premièrement, des actions de mobilisation et de coordination dans chacune des régions; deuxièmement, intensifier la prévention dans le but de réduire à moyen et à long terme la consommation de drogues; troisièmement, développer des services de réadaptation pour mieux répondre aux besoins des personnes ayant déjà des problèmes reliés à la toxicomanie.

Ça intéressera très certainement pour nos discussions futures le député de Rouyn-Noranda-Témiscamingue, puisque les familles d'accueil sont extrêmement importantes au Québec, puisqu'il nous dépose une pétition ou deux par jour ou par semaine, compte tenu de son intérêt. Donc, maintenir le bénéficiaire dans son milieu naturel ou un milieu s'en rapprochant le plus possible constitue un très beau principe en soi. Il fait de la famille d'accueil un milieu de vie privilégié pour les enfants, les adultes et les personnes âgées. Avec les années, ces clientèles présentent des problèmes de plus en plus complexes. Au milieu des années quatre-vingt, le ministère a reconnu la diversité des besoins des bénéficiaires placés dans les familles d'accueil. Trois nouvelles catégories de familles d'accueil ont été créées: premièrement, la famille d'accueil régulière; deuxièmement, la famille d'accueil spéciale; troisièmement, la famille d'accueil en réadaptation. On a compensé financièrement en fonction de ces catégories. Les années d'expérience aidant, nous sommes conscients que des modifications substantielles s'imposent en regard de la tarification des différentes catégories de familles d'accueil et de l'élargissement des critères permettant le financement de ces ressources. En 1991-1992, 16 400 000 $ en crédits additionnels seront ajoutés à l'intérieur même des 35 000 000 $ qui avaient été annoncés l'an dernier et qui allaient puiser déjà un premier 17 000 000 $ au niveau des familles d'accueil. L'enveloppe budgétaire des familles d'accueil, faut-il se le rappeler, sera ainsi portée à 113 000 000 $ annuellement.

Autre secteur d'activité important chez nous, les différents projets de construction dans le domaine de la santé et des services sociaux. À cet égard, nous avons aussi prévu des crédits additionnels de 17 200 000 $ pour assurer le fonctionnement. En clair, ça permettra de rendre accessibles des lits et des services supplémentaires dans les établissements. De ces 17 200 000 $, 12 300 000 $ iront aux centres hospitaliers pour ouvrir des lits, ouvrir de nouveaux services, assurer un meilleur fonctionnement des services déjà existants; 4 600 000 $ aux établissements d'hébergement et de soins de longue durée; enfin, 300 000 $ pour la mise en place des services pour les populations autochtones des régions du Grand-Nord et la nouvelle communauté Oudjé-Bougoumou.

Quant au plan de relance économique, un simple mot en terminant, puisque vous vous rappellerez que, l'an dernier, nous avions une première phase du plan de relance qui nous avait fait injecter 75 000 000 $ pour des travaux de réfection dans le secteur de la santé et des services sociaux. Cette année, cette seconde phase est de 105 000 000 $, ce qui veut dire qu'au total 180 000 000 $ ont été investis dans les établissements du réseau dans les deux dernières années. Et ça, c'est sans compter les 300 000 000 $ déjà consentis annuellement dans ce secteur. Ce sont les conseils régionaux qui, partout sur le territoire, nous ont recommandé une liste de projets. Dans ce choix, trois objectifs ont prévalu: les personnes âgées, les jeunes en difficulté, l'amélioration des salles d'urgence. C'est tellement vrai que, pour ces clientèles et ces secteurs respectifs, on a retenu 240, 60 et 14 projets de rénovation. Tout ça en conformité avec les cibles prioritaires que nous avons identifiées dans le domaine de la réforme de la santé et des services sociaux.

Comme vous êtes en mesure de le constater, le travail ne manque pas, au ministère, n'a jamais manqué et ne manquera jamais. Tout au cours des trois prochaines journées, nous aurons l'occasion de discuter plus à fond des orientations et des choix que nous avons pris et que nous envisageons de prendre. Comme à l'habitude, M. le Président, je tenterai de répondre aux questions de mes collègues et de l'Opposition au meilleur de ma connaissance, avec toute la transparence dont je suis capable, et nul doute que nous en sortirons les uns et les autres mieux informés à la fin de cette commission et mieux éclairés quant aux choix futurs à faire. C'est ce que je souhaite. Merci bien.