|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Province*** | ***Législature*** | ***Session*** | ***Type de discours*** | ***Date du discours*** | ***Locuteur*** | ***Fonction du locuteur*** | ***Parti politique*** |
| Québec | 34e  | 2e  | Remarques préliminaires à l’étude des crédits | 28 avril 1993 | M. Marc-Yvan Côté | Ministre de la Santé et des Services sociaux et ministre délégué à la Réforme électorale | PLQ |

**M. Côté :** Je me plais à le répéter à chaque année et pour la dernière année, l'étude des crédits est un rituel auquel je me prête avec beaucoup de plaisir. À la Santé et aux Services sociaux, cette étude s'étend sur plusieurs heures, autant d'étapes essentielles à la compréhension des choix faits ou à faire.

Voilà maintenant plus de trois ans que je dirige les destinées de l'imposant ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. L'exercice que nous amorçons aujourd'hui est un exercice très important dans notre processus parlementaire et, encore une fois, c'est avec grand plaisir que je m'y soumets. Il l'est d'autant plus puisqu'il nous permet de revoir, de façon globale, l'action du ministère, de discuter avec les membres de la commission des décisions prises et, plus souvent qu'autrement, d'apporter des pistes de réflexion intéressantes quant à la poursuite de nos activités. C'est avec une joie toute particulière que je me prête à cet exercice cette fois-ci; vous aurez facilement compris pourquoi.

L'année budgétaire qui s'amorce coïncide précisément avec la mise en place, le 1er avril dernier, de la réforme de la Santé et des Services sociaux. Il s'agit donc d'une année importante pour moi, mais surtout pour les partenaires du réseau. Il y a quelques semaines à peine, des intervenants du réseau ont pris en charge leurs nouvelles responsabilités. Je peux vous assurer qu'à cette étape cette prise en charge par les régions de l'organisation et de la dispensation des services de santé et des services sociaux est bel et bien amorcée. Évidemment, ce changement de cap survient au moment où le gouvernement du Québec vit une situation budgétaire particulièrement difficile. Mon collègue du Conseil du trésor est venu nous le rappeler récemment.

À lui seul, le ministère de la Santé et des Services sociaux accapare sa large part du budget global. C'était vrai l'an dernier; ça l'est encore tout autant cette année. À cet égard, les crédits déposés il y a quelque temps nous indiquent que le réseau de la santé et des services sociaux et la Régie de l'assurance-maladie du Québec disposent de 12 700 000 000 $, plus précisément 12 739 361 000 $.

Pour la sixième année consécutive, les crédits alloués à la santé et aux services sociaux demeurent au-dessus de 30 % de l'ensemble des crédits gouvernementaux. Ils représentent 31 % de l'ensemble des crédits. De ces 12 700 000 000 $, 2 761 000 000 $ serviront à défrayer les frais des programmes de la Régie de l'assurance-maladie du Québec, et 9 978 000 000 $ iront au fonctionnement du ministère et du réseau de la santé et des services sociaux. En accaparant une telle part du budget gouvernemental — près du tiers — est-il utile de le rappeler, il était logique, en cette année de redressement des finances publiques, que le ministère fasse sa part et contribue de façon significative à l'effort de rationalisation des dépenses gouvernementales. Nous avons donc réduit en conséquence les crédits pour l'ensemble du secteur de la santé et des services sociaux, incluant la Régie, d'un peu plus de 1 *%,* soit 1,13 *%.*

Les crédits de la Régie de l'assurance-maladie seront réduits de 96 100 000 $, soit une diminution de 3,4 % par rapport à l'an dernier. Il m'apparaît important de préciser ici que cette baisse des crédits découle principalement des mesures de rationalisation annoncées en mai 1992, lors du discours sur le budget. Ces mesures touchaient notamment les services médicaux, les services optométriques et dentaires et les médicaments pour les personnes âgées. J'aurai l'occasion de revenir sur cette question plus tard.

Au ministère et dans le réseau, il est bon de préciser que les dépenses probables 1992-1993 reflètent le niveau d'activité du secteur de la santé et des services sociaux. Par rapport à ces dépenses, qui sont de l'ordre de 9 800 000 000 $, les crédits 1993-1994 augmentent de 1,6 %. Cette croissance est inférieure à celle de l'indice des prix à la consommation et au produit intérieur brut, qui se situent respectivement à 2,6 *%* et 4,8 *%.* Cette baisse des crédits, elle s'explique de diverses façons: d'abord, par des mesures de réduction des dépenses, soit l'équivalent de 140 700 000 $ et par l'apport de nouveaux crédits, soit quelque 91 400 000 $.

Dans l'effort de compression des crédits que nous avons entrepris, nous nous devons de protéger le plus possible les services offerts à la population, en 1992- 1993. En conséquence, les mesures d'économie retenues rejoignent essentiellement celles mises de l'avant pour l'ensemble du secteur public et parapublic. Qu'il suffise de penser à l'annualisation du plan de rationalisation de 1992-1993, aux gains de productivité qui généreront des économies de 1 % dans la rémunération globale, au retrait du boni au rendement des cadres, à la non-indexation des salaires des employés au 1er juillet 1993 et à la non-indexation des dépenses autres que salariales. Autant de mesures qui ont un impact direct sur le budget du ministère et du gouvernement. J'aurai d'ailleurs l'occasion d'y revenir.

Par-delà ces compressions qui touchent tout le monde, le ministère dispose tout de même de crédits additionnels de nature à permettre le développement et la consolidation de certains secteurs d'activité. À titre d'exemple, le maintien du coût du système de santé. Depuis 1986, des crédits sont alloués aux centres hospitaliers de courte durée pour répondre à la fois à l'accroissement de la clientèle, à l'intensification des services qu'ils doivent offrir et à l'impact technologique. Ces crédits sont connus sous le vocable de «coût de système santé». Ils représentent 1 % des crédits alloués aux établissements de santé. Cette année, et ce, malgré une conjoncture difficile, le gouvernement maintient cet apport annuel des crédits additionnels. En 1993-1994, ils totaliseront 58 300 000 $. Ils permettront de, premièrement, consolider le financement des services courants ou spécialisés existants pour près de 45 % des crédits du coût du système. Cette consolidation répond à l'accroissement du volume de clientèle, au financement de nouvelles technologies et à l'impact financier de l'arrivée nette de médecins qui s'installent dans les établissements de régions éloignées ou périphériques.

Deuxièmement, d'assurer un financement additionnel pour répondre à une augmentation des services ou pour le fonctionnement de nouveaux services dans la foulée de travaux d'immobilisation, et ça accapare 34,2 % de ce même coût de système.

Et, troisièmement, de poursuivre le développement et la consolidation de certains services tels que la cardiologie tertiaire, la dialyse, la radiothérapie et la transplantation d'organes. Plus du cinquième des crédits, soit 12 200 000 $, est prévu à ces fins.

J'aimerais revenir, M. le Président, sur chacun de ces quatre champs d'intervention. D'abord, les maladies cardio-vasculaires. Ai-je besoin de vous rappeler qu'elles constituent la première cause de mortalité au Québec? Elles comptent pour 40 % des décès et pour 20 % de la somme des années potentielles de vie perdue. Ces chiffres ont de quoi faire réfléchir. Dans sa politique de la santé et du bien-être, le ministère s'est donné comme objectif de réduire de 30 *%,* d'ici l'an 2002, la mortalité par maladies cardio-vasculaires.

Il y a quelques années, le ministère a mené plusieurs actions préventives. Depuis 1990, il a injecté 11 500 000 $ pour répondre aux besoins croissants en cardiologie tertiaire et à l'allongement des listes d'attente en hémodynamie, en angioplastie et en pontage coronarien. Les premières années de ce plan d'action ont porté fruit. Elles ont permis de réduire les listes d'attente. À titre d'exemple, entre décembre 1990 et décembre 1992, la liste d'attente en hémodynamie est passée de 1800 à 1055; en angioplastie, de 361 à 327; et en pontage coronarien, de 1100 à 886.

Dans ces secteurs, en particulier les deux derniers, le volume d'activités s'est toutefois accru considérablement, passant de 15 647 en 1990 à 19 153 en 1992 pour l'hémodynamie, de 3443 à 4942 en angioplastie et de 3110 cas à 4447 en pontage coronarien. Ça donne la mesure de ce qui a été fait comme efforts et des résultats que nous avons obtenus.

Le temps d'attente est, quant à lui, passé de 130 jours à 107 jours en hémodynamie, de 91 à 111 jours en angioplastie avec, dans ce cas précis, un volume vraiment accru d'activités, et de 206 à 164 en pontage coronarien. Je ne mentionnerai qu'un seul exemple, significatif entre tous, celui de l'Institut de cardiologie de Montréal, où le temps d'attente pour un pontage coronarien est passé de 231 jours à 85 jours, entre 1990 et 1992.

En 1993-1994, 5 000 000 $ seront consacrés en crédits pour réduire les listes d'attente en pontage coronarien. Deuxièmement, le Québec compte 28 centres de dialyse, dont 2 nouveaux: celui de Cité de la santé de Laval et celui du Centre hospitalier de l'Amiante. Ils ont ouvert leurs portes en 1992-1993. Ces centres reçoivent annuellement 1800 insuffisants rénaux qui nécessitent des traitements de dialyse pour être maintenus en vie. Et ils sont nombreux. On estime qu'ils progressent, en moyenne, de 7 % par année. En 2 ans, le gouvernement a injecté 5 000 000 $ pour répondre à la demande toujours croissante. Cette année, nous avons convenu d'ajouter 4 200 000 $ en ressources supplémentaires aux services déjà existants. Enfin, un vingt-neuvième centre ouvrira ses portes en 1993-1994. Il s'agit de celui du centre hospitalier de l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme.

Et puis il y a aussi le cancer, une réalité avec laquelle nous devons composer. Au Québec, la mortalité par cancer est plus élevée que partout ailleurs au Canada. Le vieillissement de la population entraîne une augmentation constante du nombre de nouveaux cas de cancer qui doivent être traités.

Or, c'est bien connu, un dépistage et un traitement précoces augmentent les chances de survie. Il est clair dans mon esprit que le Québec doit poursuivre, actuellement, ses efforts pour combler les besoins de traitement dans ce domaine. Depuis 1987, il l'a d'ailleurs fait en consentant des montants très importants. Pour l'information des parlementaires, j'indiquerai simplement que nous avons octroyé plus de 100 000 000 $, au niveau de l'équipement et du réaménagement, dans plusieurs centres hospitaliers. À titre d'exemple, Maisonneuve-Rosemont, 25 200 000 $; Notre-Dame, 22 500 000 $; Hôtel-Dieu de Québec, 17 700 000 $; Rimouski, 11800 000$; Gatineau, 9 700 000$; Chicoutimi, 9 400 000 $; Hôpital général de Montréal, 4 700 000 $ et le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, 3 200 000 $. Ces projets nécessiteront en coûts de fonctionnement un montant additionnel de 11 000 000 $, réparti de la manière suivante: Maisonneuve-Rosemont, 3 776 000 $; Rimouski, 2 100 000 $; Notre-Dame de Montréal, 1 929 000 $; Gatineau, 1 270 000 $; Hôtel-Dieu de Québec, 896 000 $; Chicoutimi, 575 000 $; Hôpital général de Montréal, 235 000$; CHUS, 225 000 $.

Dans le secteur de la haute technologie, le Québec a consenti quelque 5 600 000 $, et c'est l'Hôpital général juif qui a accaparé à lui seul 2 000 000 $. Le coût de système dans ce secteur s'élève, quant à lui, à 782 000 $. Des sommes d'argent additionnelles ont aussi été prévues cette année qui permettront l'extension des heures d'ouverture des centres existants.

Finalement, comme quatrième dossier, la transplantation d'organes est un autre secteur d'importance au niveau du ministère et de tout le Québec. Il permet à certains malades de survivre à des maladies mortelles ou encore, comme c'est le cas pour la transplantation rénale, d'avoir une qualité de vie supérieure. Le ministère entend accroître le nombre de transplantations d'organes. Au cours de la dernière année, nous avons justement accordé une priorité à l'organisation du don d'organes en augmentant le budget de Québec-Transplant de 848 000 $. Dès 1993-1994, nous souhaitons augmenter de 13 % par an le nombre de donneurs. Pour soutenir cette action, nous disposons de 1 200 000 $ additionnels en plus des 530 000 $ déjà octroyés.

Un autre secteur de la santé accapare largement notre attention: celui de la situation d'engorgement des salles d'urgence. J'ai rendu public, le 25 mars dernier, avec le président du GTI, le Dr Michel Tétreault, le bilan de la dernière année et, même, des 2 dernières années. Ce bilan nous montre, justement, que la situation s'est améliorée depuis 1990 même si la clientèle à l'urgence s'est accrue de 4,5 *%* pour l'ensemble du Québec. Ces résultats sont attribuables à diverses mesures de gestion des lits et à une plus grande utilisation de la chirurgie d'un jour, notamment. Mais tous conviennent que les efforts ne doivent pas en rester là, la situation dans les urgences étant toujours précaire. À cet égard, j'ai rendu publiques des mesures incitatives, concrètes qui viendront soutenir l'action du groupe d'intervention tactique. Mentionnons à titre d'exemple: le maintien du gel sur tout projet de rénovation et nouvel équipement; le gel de 0,5 % pendant six mois du budget d'un centre hospitalier qui n'atteint pas les objectifs spécifiques à l'urgence, base qui sera toutefois rétablie si l'hôpital atteint ces objectifs; le gel des effectifs médicaux à compter du 1er avril 1994; la non-désignation de centre hospitalier universitaire ou d'institut si l'établissement n'atteint pas ces objectifs. Parallèlement à ces mesures, un montant de 500 000 $ a été prévu pour encourager de façon tangible les efforts de centres hospitaliers.

Dans le monde de la santé, le développement, c'est, plus souvent qu'autrement, le nerf de la guerre malgré le contexte actuel de restrictions budgétaires qui a souvent pour effet de réfréner les ardeurs. Cette année, le gouvernement consacrera 19 900 000 $ en crédits additionnels pour assurer le fonctionnement des établissements où des travaux immobiliers majeurs ont été complétés ou sont en voie de l'être en 1993-1994. Plus de la moitié des crédits nouveaux, 10 400 000 $, serviront au fonctionnement de projets qui ouvriront en cours d'année. Le solde, soit 9 500 000 $, permettra de compléter le développement amorcé en 1992 et 1993.

Je suis particulièrement heureux de mentionner que des régions où il manquait des ressources hospitalières accroîtront de façon significative leurs ressources. C'est le cas, notamment, des centres hospitaliers de Valleyfield, de la Cité de la santé de Laval, de Saint-Eustache et de Portneuf, où 78 lits de soins de courte durée et 85 lits de longue durée et certains services externes seront offerts à la population. Et cela, sans compter les constructions réalisées aux centres hospitaliers Santa Cabrini et Lachine, avec 40 lits de soins de courte durée et 84 lits de longue durée. Autant d'ajouts sur l'île de Montréal, dans des secteurs en déficit.

Le secteur de la recherche n'est pas en reste pour autant. En 1993-1994, nous amorçons, justement, l'expansion de trois centres de recherche importants: ceux du Centre hospitalier de l'Université Laval, de l'Institut de cardiologie de Montréal, et de l'hôpital Notre-Dame. Ces trois centres se partageront 500 000 $, alors que le CHUL, quant à lui, accaparera 300 000 $; l'Institut de cardiologie, 70 000 $; et le Centre de recherche de l'hôpital Notre-Dame, 130 000 $, étant entendu que ces montants sont des montants qui servent au fonctionnement de ces centres, soit l'électricité, le chauffage, et ces genres de dépenses. Ces sommes allouées en 1993-1994 ne sont qu'une première étape d'un développement global qui totalise 2 500 000 $.

Oui, nos enquêtes Santé Québec se poursuivent. Cinq ans après la première enquête santé, 35 000 personnes faisant partie de 16 010 ménages choisis au hasard à travers tout le Québec seront invitées à faire leur perception sur la santé. L'objectif de cette opération qui s'échelonnera sur un an: permettre de recueillir des données essentielles pour mesurer l'évolution de la situation depuis cinq ans, tout en accordant une plus grande importance aux questions sociales. La reconduction d'enquêtes générales de santé aux cinq ans est un des moyens que j'avais d'ailleurs identifiés dans la politique de santé et du bien-être: poursuivre l'évolution des objectifs et des activités réalisés dans le réseau. En conséquence, nous assurons, cette année, le maintien de l'expertise qui s'est développée depuis six ans au sein de l'équipe Santé Québec. Cette dernière continuera à réaliser des enquêtes dans le domaine de la santé et des services sociaux et à offrir un lieu d'échange et de développement de projets pour le ministère, les régies régionales, et l'ensemble du réseau. Ainsi, un montant de 800 000 $ vient s'ajouter aux crédits déjà alloués à cet organisme, portant la contribution totale à 1 500 000 $.

Et puis, histoire de relancer l'économie, le gouvernement a décidé d'accélérer certains investissements publics. Inutile de vous dire que le ministère contribue largement à cette action, en devançant les travaux de sécurité-incendie, sécurité-vétusté et de rénovation fonctionnelle dans nos établissements. L'objectif poursuivi ici: améliorer la qualité des soins aux personnes âgées, à la jeunesse et aux salles d'urgence. Les projets retenus touchent, sans distinction, l'ensemble des régions du Québec. Une enveloppe de 240 000 000 $ a été prévue à cette fin, et elle devra être utilisée avant le 31 juillet 1994, afin d'en maximiser l'impact sur le plan économique.

Pendant ce temps, le ministère poursuivra les actions déjà entreprises en 1992-1993. Il en est ainsi avec le dossier de la pratique des sages-femmes: la loi sur la pratique, dans le cadre des projets-pilotes adoptés — et je suis convaincu que le Dr Augustin Roy, qui est présent dans cette salle, supportera cette idée — donc, adoptés en juin 1990, se concrétisera — enfin, serais-je tenté de dire — cette année. À l'heure actuelle, tout est mis en place pour, premièrement, démarrer cette expérience de façon sécuritaire pour la mère et l'enfant et, deuxièmement, évaluer, par la suite, les expérimentations. Deux comités ont fait un travail colossal, et pas toujours dans des conditions faciles. D'abord, celui de l'admission à la pratique des sages-femmes: il a élaboré des critères généraux de compétence et de formation, et procède avec rigueur à l'évaluation de chaque candidate sage-femme qui en fait la demande. Et puis celui de l'évaluation des projets-pilotes, qui poursuit son travail d'évaluation et de bonification des projets qui lui sont soumis.

À la mi-mars, j'annonçais la mise sur pied d'un projet-pilote à Gatineau, dans l'Outaouais. Il est le deuxième à voir le jour, après celui de Povungnituk, dans le Grand-Nord québécois, qui fonctionne avec succès depuis 1986, et j'invite de manière particulière tous ceux et celles qui ont un intérêt pour ce dossier à se procurer le résultat des analyses et de toutes les statistiques compilées à Povungnituk au cours des dernières années, quant à la pratique. Il est assez révélateur — très révélateur — pour ceux qui veulent comprendre et pour ceux qui veulent humaniser les soins partout à travers le Québec. Si ces résultats sont aussi probants dans le Grand-Nord québécois, il est bien évident qu'il pourrait y avoir aussi des résultats aussi probants dans les projets-pilotes que nous amorçons un peu partout à travers le Québec. Donc, d'ici l'automne prochain — puisque la date ultime pour la présentation de projets-pilotes est le 23 septembre — nous aurons donc à annoncer les six autres projets qui seront retenus.

Entre-temps, il m'apparaît utile de vous dire que, le 24 mars dernier, le Conseil des ministres approuvait le règlement encadrant la pratique des sages-femmes. Il est entré en vigueur le 21 avril dernier. En dollars de 1993-1994, le gouvernement a prévu investir près de 4 000 000 $ pour l'ensemble des activités reliées à la mise en place de projets pilotes pour la pratique des sages-femmes.

Il y a aussi les services dentaires préventifs qui accaparent notre attention. Le nombre de dents cariées, absentes ou obturées s'établissait à trois, en 1990, chez les jeunes de 12 ans, au Québec — soit le double des États-Unis et de l'Ontario. La piètre hygiène buccale et les habitudes alimentaires cariogènes sont pointées du doigt pour expliquer la situation. Plusieurs enfants ne se brossent pas les dents ou ne connaissent tout simplement pas l'existence de la soie dentaire. C'est particulièrement vrai en milieu défavorisé. La désassurance des soins dentaires en cabinet privé pour les enfants de 10 ans et plus a permis de réorienter les services dentaires offerts vers le préventif et certaines clientèles prioritaires. Un plan de consolidation de deux ans a vu le jour en 1992-1993. Avec 2 000 000$, nous créerons 50 nouveaux postes d'hygiénistes dentaires qui travailleront prioritairement auprès des jeunes de milieux défavorisés. Le recrutement vient d'ailleurs de commencer.

Le sida est aussi une réalité avec laquelle nous devons composer. Les statistiques effarantes quant au nombre de cas viennent nous le rappeler, jour après jour. En octobre dernier, je rendais publique la Stratégie québécoise de lutte contre le sida et de prévention des MTS pour les trois années à venir. Prévention, suivi de l'évolution de l'épidémie et recherche sont autant de secteurs considérés. La stratégie comporte aussi un accroissement substantiel des services médicaux et d'hébergement pour les personnes atteintes du sida. En 1992-1993, le ministère a consacré 14 300 000$, 4 300 000 $ de plus que l'année précédente. Cette année, 2 900 000 $ additionnels sont prévus.

Les CLSC constituent un rouage important de notre réseau. Ils sont un pilier central de la réforme. Déjà, en 1992-1993, le ministère a injecté 10 000 000 $ pour rehausser la base budgétaire. Au cours de la prochaine année budgétaire, 3 000 000 $ viendront compléter l'intensification de services, notamment dans les zones de pauvreté ou moins bien pourvues en services de santé de première ligne ou pour les jeunes en difficulté.

Dans le secteur de la santé publique, s'il est un dossier, en 1992-1993, qui a été mené avec brio, c'est bien celui de la méningite. Depuis le début des années quatre-vingt-dix, on a observé une augmentation de l'incidence des infections à méningocoque à un point tel qu'une intervention d'abord sectorielle, puis massive a été décidée pour tout le Québec. À l'heure actuelle, 1 606 508 personnes, âgées de 6 mois à 20 ans inclusivement, ont été vaccinées entre le 1er janvier 1992 et le 31 mars 1993. Cette opération d'envergure — et je tiens à le rappeler, ce n'est pas tous les jours qu'on investit 15 000 000 $ en ce domaine — a nécessité la collaboration de tous les partenaires du réseau qui ont été véritablement complices dans l'action.

Sans hésitation, on peut affirmer: mission accomplie pour tous ces intervenants impliqués. Oui, mission accomplie, M. le Président. Et c'est la première fois qu'on réussit à faire la démonstration que CLSC, départements de santé communautaire, différents intervenants du réseau peuvent unir leurs efforts pour réaliser un projet d'envergure dans un temps record, sans pour autant entendre sur la place publique, à tous les jours, qu'on avait besoin de crédits additionnels pour rémunérer les personnes qui faisaient le travail. Et je vous dis, à vous toutes et tous qui avez travaillé dans cette vaste opération: Merci pour la jeunesse. Merci pour ceux qui, demain, prendront nos places.

Et puis, M. le Président, il y a bien d'autres projets. Qu'il suffise de penser aux millions additionnels consacrés aux maisons d'hébergement pour les femmes victimes de violence, portant ainsi le budget total à plus de 20 000 000 $; aux 2 000 000 $ pour accroître le nombre de places pour l'intégration sociale des personnes ayant une déficience intellectuelle.

Dans ce survol des dossiers, je mentionnerai un dernier élément — et non le moindre — le plan jeunesse rendu public en avril 1992. Le jeunes, on le sait, constituent une des deux priorités de la réforme. Le document «Maintenant et pour l'avenir... la jeunesse» est venu simplement le confirmer. Concrètement, une somme de 26 200 000 $ sera consacrée, sur trois ans, par le Québec pour mettre de l'avant diverses mesures de prévention, de protection et de réadaptation pour les jeunes. Même si, cette année, nous éprouvons certaines difficultés, M. le Président, à obtenir les crédits que nous avions estimé nécessaires pour cette année, l'objectif — comme je l'ai dit hier soir — est toujours le même: d'atteindre des objectifs qu'on s'est fixés sur trois ans. Quant aux personnes âgées — l'autre priorité — j'annoncerai dans quelques semaines une politique à leur égard qui viendra justement situer la place qu'on entend leur accorder dans les prochaines années.

On me permettra, par ailleurs, de prendre quelques moments pour faire le point sur les mesures que nous avons annoncées au printemps dernier et qui sont maintenant en application depuis plus de 10 mois. Au chapitre des médicaments, pour la période s'étendant du 15 mai 1992 au 31 mars 1993, on avait prévu récupérer 33 600 000 $ avec le versement des 2 $. Nous avions aussi prévu 17 500 000 $, quant à l'impact sur la consommation. Au brut, on a recueilli, finalement, 31 000 000 $ — toujours avec les 2 $, pour bien se comprendre. On a toutefois retourné aux personnes ayant le maximum du SRG ou ayant contribué au maximum, soit 100 $, 2 000 000 $, donc, pour un résultat net de 29 000 000 $.

Au chapitre de la consommation, la somme recueillie est de 14 000 000 $. Vous vous rappellerez que nous avons dit, à l'époque: L'ensemble des intervenants sont interpellés: le consommateur, le prescripteur et le vendeur. Lorsqu'on parle de prix de vente garanti, donc, le PVG, il a rapporté, quant à lui, sur trois mois, 3 000 000 $, puisque c'est une mesure qui n'a vu son application qu'à compter du mois de janvier 1993. On a constaté, de façon générale, une diminution des ordonnances, une modification dans la structure des ordonnances. On prescrit des médicaments moins dispendieux dont l'effet est toutefois équivalent. Ces facteurs combinés nous ont permis d'économiser, pour les deux items que je viens de mentionner, plus de 29 000 000 $. De façon encore plus globale, on constate, pour l'ensemble du programme médicaments, une diminution de 75 000 000 $. Dernier élément non négligeable. Le programme des médicaments pour personnes âgées en 1992-1993 a coûté exactement le même montant qu'en 1991-1992, soit 475 000 000 $. C'est significatif si l'on considère que les coûts, au chapitre des médicaments, augmentent annuellement de 18 *%,* en moyenne, par année au cours des dernières années.

Quant aux autres mesures, elles ont toutes donné des résultats très intéressants et pas très loin de ce qui était estimé, à l'époque. Qu'il suffise de penser aux services dentaires: les prévisions étaient de 24 500 000 $, les résultats sont de 28 200 000 $. Aux services optométriques, les prévisions étaient de 17 500 000$, les résultats sont identiques: à 17 500 000 $. Les services hors Québec, en vigueur depuis le 1er mai 1992, ont permis d'économiser 5 900 000 $. En vitesse de croisière, sur une base annuelle, ce sont 13 200 000 $ qui seront recueillis. Par rapport à la projection, le nombre de demandes de paiement pour les spécialités à l'acte a été inférieur de 750 000 $, soit une économie globale de 30 000 000 $. Au total: l'équivalent de 163 900 000 $, récupérés dans différents secteurs dans la foulée de cette rationalisation difficile, mais nécessaire.

Un dernier petit mot, M. le Président, sur la carte avec photo. Son entrée en action, au 1er octobre dernier, nous permet de constater des phénomènes très intéressants. La Régie de l'assurance-maladie du Québec a expédié, pour les mois de janvier, février et mars 1993, 355 000 avis de renouvellement. 294 000 nous sont revenus, et ce, après deux rappels. Concrètement, il y a donc 61 000 cartes qui ne sont plus dans le système. Je vous laisse le soin de tirer vos propres conclusions. Et les chiffres ne s'arrêtent pas là. Au chapitre des pertes, bris, vols de la carte, en 1991-1992, on en dénombrait, entre octobre et mars, 77 280. Pour exactement la même période en 1992-1993, 37 564, soit une diminution de plus de 50 *%,* soit exactement 51,5 % de cartes de moins volées, perdues ou réclamées à la Régie de l'assurance-maladie. Voilà des chiffres qui parlent, M. le Président. On se les répète: 61 000 cartes non renouvelées après deux avis auprès de la population, et tout près de 38 000 cartes demandées en moins avec le titre de «volée», «brisée» ou «perdue», ce qui signifie, grosso modo, tout près de 100 000 cartes d'émises de moins, pour trois mois de l'année 1992-1993. Voilà des exemples concrets de mesures qui portent ses fruits, sans pour autant, M. le Président, dire, aujourd'hui, quelle est l'économie qui accompagne cette non-émission de cartes pour les individus, puisque ce n'est que plus tard que nous pourrons en mesurer les effets sur l'ensemble de la consommation des services. Une chose est certaine, c'est qu'il y a, au minimum... nous aurons sauvé, au minimum, tous les frais administratifs encourus pour l'émission de 100 000 cartes.

Je vous l'indiquais précédemment, cette année budgétaire marque aussi le véritable début de la mise en place de la réforme. Il y en a eu, du chemin parcouru depuis qu'on s'en parle. On ne pourra certes pas nous reprocher de ne pas avoir consulté, de ne pas s'être concertés avec les différents intervenants concernant les orientations qu'il fallait prendre pour adapter notre système de santé et des services sociaux aux réalités des années quatre-vingt-dix. L'objectif qui nous a toujours animé dans toutes ces démarches était fort simple: nous voulions que le système réponde véritablement aux besoins des gens, que les services soient mieux adaptés, en quelque sorte, et — disons-le et avouons-le — le défi était de taille. Il y a eu le document «Une réforme axée sur le citoyen» du 7 décembre 1990. Il y a eu, huit mois plus tard, une loi, elle-même précédée d'une commission parlementaire. Il y a eu, aussi, une vaste réflexion et un débat public concernant le financement du système de santé et des services sociaux. Il y a eu, depuis, la politique de santé et de bien-être, qui vient nous tracer clairement des objectifs communs à atteindre d'ici les 10 prochaines années.

Tout est donc en place pour amorcer l'an 1 de la réforme, celle où on concrétisera la réforme dans les décisions et dans les actions courantes. Dès cette année, les régies régionales prendront charge graduellement des activités de budgétisation et assumeront totalement celles du suivi financier des établissements. Dès 1994-1995, les régies assumeront pleinement leurs responsabilités en regard de la budgétisation des établissements. Le ministère ne fera alors que la répartition des crédits par région et par programme. Le défi est, là aussi, de taille. C'est pourquoi nous prenons le temps qu'il faut pour effectuer cet important transfert de responsabilités.

Tout cela dans le contexte où une autre pièce essentielle de la réforme est maintenant bien en place: celle de la présence des médecins en région. Les récentes ententes avec la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et la Fédération des médecins spécialistes du Québec permettent de croire en des jours meilleurs à ce chapitre. Ces ententes favoriseront une plus grande disponibilité des services médicaux en dehors des heures régulières d'ouverture. Elles favoriseront aussi l'établissement de médecins dans les régions moins bien pourvues.

Par-delà la prise en charge des nouvelles responsabilités, autant par le ministère que par les intervenants concernés au niveau régional et local, de nouveaux défis doivent être relevés par tous et chacun dans leur sphère d'influence et leur champ d'action respectifs. Le défi, c'est de garder l'équilibre entre ce que désire le citoyen consommateur et la capacité de payer du citoyen payeur. Le premier — et c'est légitime — souhaite des services plus accessibles, mieux adaptés, offrant de hauts standards professionnels, qu'ils soient personnalisés et avec un bon suivi. Le second s'attend à ce que l'ensemble des interventions respectent sa capacité de payer, particulièrement dans le contexte économique actuel et son fardeau fiscal.

Beaucoup de questions demeurent encore sans réponse. Il faudra tenter d'y trouver réponse dans les prochaines années. Elles réfèrent à la pertinence, à l'efficacité, à l'efficience de nos interventions dans le secteur de la santé. C'est à ce prix que le ministère pourra envisager d'améliorer sa performance globale. Mais, pour cela, il faut que l'ensemble des intervenants participent à l'exercice. Il ne faut jamais oublier que les services sociaux et de santé sont essentiellement dispensés sur le plan local par des producteurs individuels. C'est sur ce plan que la grande majorité des coûts sont engendrés. L'amélioration de la performance globale de l'ensemble du secteur passe par les établissements, les professionnels et le personnel. J'en suis, M. le Président, à ce moment-ci de mon existence comme ministre, profondément convaincu.

Ce sont là des pistes de réflexion pour les années à venir. Au fond, la réforme n'est pas le point de départ qui permettra au Québec de se doter d'un système de santé à l'image de l'an 2000. J'ai dit «n'est pas», mais c'est «n'est que le point de départ», et vous aurez bien compris. Il suffit que chacun mette l'épaule à la roue. Sur ce point, je n'ai pas d'inquiétude. Ces mêmes partenaires ont démontré leur capacité non seulement à s'adapter à des changements profonds, mais à y participer aussi.

M. le Président, je vous remercie et je suis pleinement convaincu que des éléments très importants de cette présentation, que ce soit les ententes avec les médecins — puisqu'il en a été question hier et aujourd'hui — pourront faire l'objet de nos débats. Connaissant l'intérêt du député d'Abitibi-Témiscamingue, du député de Matapédia — qui, à plusieurs occasions en cette Chambre et dans cette commission, a revendiqué de l'action — de la même manière, aussi, nous serons disponibles, avec les officiers du ministère et de la Régie de l'assurance-maladie du Québec, pour répondre à toutes les questions qui pourraient découler du plan de rationalisation qui a été rendu public et dont les effets — sur le plan de la rationalisation et de l'utilisation plus efficace et efficiente de la carte d'assurance-maladie avec photo — donnent des résultats très probants, qui sont porteurs d'avenir.

Je n'ai, en terminant, évoqué d'aucune manière ce que ça a nécessité comme efforts, au niveau du ministère, par les employés passés et ceux qui sont encore là aujourd'hui. Et je n'ai pas parlé, non plus, du plan d'organisation du ministère qui découle de cette réforme et qui a fait en sorte que le ministère de la Santé et des Services sociaux est le ministère qui aura donné le ton quant à une décentralisation, puisque, en 1996, nous nous retrouverons avec l'équivalent de 260 postes en moins, au niveau du ministère, sur un effectif de plus ou moins 1100, dont 150, déjà, depuis le 1er avril 1993, et c'est considérable.

Je terminerai ma présentation en disant: Puisque ce sont des propos qui sont enregistrés et qui resteront donc pour la prospérité, un merci très sincère et très chaleureux à tous ces employés du ministère qui, au cours des quatre dernières années, ont été des supporters très fidèles de cette réforme, même en sachant que la réforme pourrait les affecter eux-mêmes sur le plan de leur condition personnelle. Et d'avoir réussi à implanter cette réforme, la faire, la traduire en des lois, produire des documents et être dans une situation où on livre la réforme sachant que 260 postes disparaîtront du ministère relève d'un très haut niveau de professionnalisme de la part des employés du ministère, à l'heure où on a gelé les salaires à plusieurs reprises, à plusieurs moments, et au moment aussi où nous passons une période extrêmement difficile.

À tous ceux et celles qui auraient tendance à penser que la fonction publique n'est pas capable de relever de grands défis, je vous dis: Référez-vous toujours à l'expérience qui aura été vécue au ministère de la Santé et des Services sociaux, et ça en bouchera un coin à plusieurs, ceux qui ont la critique facile vis-à-vis la fonction publique. Et, d'autre part, quant à ceux qui ne l'ont pas fait, ils pourraient facilement le faire en s'inspirant du ministère, sachant que ça peut se faire dans de bonnes conditions.

Merci, M. le Président.