|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Province*** | ***Législature*** | ***Session*** | ***Type de discours*** | ***Date du discours*** | ***Locuteur*** | ***Fonction du locuteur*** | ***Parti politique*** |
| Québec | 34e | 3e | Remarques préliminaires à l’étude des crédits | 18 avril 1994 | Mme Lucienne Robillard | Ministre de la Santé et des Services sociaux | PLQ |

**Mme Robillard :** Mme la Présidente, mesdames et messieurs, membres de la commission des affaires sociales, la commission entreprend aujourd'hui l'examen des crédits 1994-1995 du ministère de la Santé et des Services sociaux et de la Régie de l'assurance-maladie du Québec. Ces crédits sont de 12 900 000 000 $ et ils servent à financer le secteur d'activité le plus important de l'ensemble du gouvernement. Le gouvernement consacre, en effet, 30,4 % de ses dépenses pour offrir à la population des services visant à améliorer sa santé et son bien-être. C'est sans contredit un secteur qui est au cœur des préoccupations de toutes les Québécoises et de tous les Québécois. Aussi, c'est avec plaisir que je me présente devant vous, Mme la Présidente, et devant les membres de la commission aujourd'hui pour entreprendre l'examen de ces crédits. En premier, je vous ferai part des principales réalisations qui ont marqué l'année financière qui vient de se terminer et, ensuite, je porterai à votre attention les orientations majeures pour 1994-1995.

Avant d'aborder ces questions, je tiens à vous souligner que, à mon arrivée comme ministre de la Santé et des Services sociaux le 11 janvier dernier, je me suis réjouie de constater que les régies régionales, les établissements, les organismes bénévoles, les professionnels de la santé et des services sociaux, ainsi que le personnel du ministère et de la Régie de l'assurance-maladie du Québec partagent la même préoccupation, à savoir améliorer la santé et réduire les problèmes sociaux de la population québécoise. Cet objectif commun est essentiel pour que nous puissions compter sur l'engagement de tous ces intervenantes et de ces intervenants à centrer les services sur les personnes et à leur donner des services de qualité qui répondent à leurs attentes.

Regardons ensemble les principales réalisations de 1993-1994. Après les débats sur la réforme qui ont ponctué les années qui précédaient, l'année 1993-1994 a été en quelque sorte une année de travail sur le terrain pour implanter la politique de la santé et du bien-être, la régionalisation et les divers éléments de la réforme. Elle a, notamment, permis aux régies régionales, aux conseils d'administration unifiés et aux centres de protection de l'enfance et de la jeunesse d'amorcer l'exercice de leurs nouvelles responsabilités, et au ministère de constituer le Conseil de la santé et du bien-être, de même que le Conseil des aînés.

La politique de la santé et du bien-être, qui est la pièce majeure de la réforme, a doté le Québec d'objectifs de résultat vers lesquels les efforts du réseau doivent converger. Pour en détailler les objectifs en matière de périnatalité et proposer des buts et des stratégies spécifiques d'intervention auprès des milieux socio-économiquement défavorisés où il faut prévenir avec plus d'intensité les naissances d'enfants de faible poids, le ministère a publié une politique à cet effet au début de l'année 1993-1994.

L'atteinte des résultats que vise la politique de la santé et du bien-être ne saurait se réaliser sans une opération délicate qui consiste à l'adapter aux particularités régionales. C'est dans ce genre d'opération que l'essence même de la régionalisation entre en jeu. Elle doit assurer la participation de la population de façon à mieux adapter les services aux besoins prioritaires de chacune des régions et à rapprocher la décision le plus près possible de l'action. Aussi, en collaboration avec les citoyennes et les citoyens qui y sont représentés, les établissements et les organismes bénévoles, les régies ont-elles entrepris, dès cette année, d'élaborer leurs priorités régionales de santé et de bien-être dans le but de s'approprier les objectifs que le Québec s'est donnés en cette matière et de définir les actions conséquentes dans leur région. La primauté à accorder à la population s'est aussi traduite par une protection accrue des droits des personnes desservies par le réseau, et des actions ont été entreprises à cet égard. Les comités d'usagers ont été renforcés et le régime de traitement des plaintes des personnes a été révisé. De plus, le Commissaire aux plaintes est entré en fonction.

Dans des perspectives à plus court terme, les régies ont aussi réorganisé les services de santé publique, nommé leur directeur qui en est responsable et préparé leur plan régional d'organisation des services afférents. Elles ont participé, également, à l'élaboration des cadres de référence sur l'effectif médical en santé publique et en centres locaux de services communautaires. Elles ont, de plus, entrepris d'élaborer pour leur région le plan d'effectifs médicaux, conformément au cadre de référence adopté par le ministère. Elles ont aussi assumé leurs nouvelles fonctions de veiller à la bonne gestion financière des établissements de leur région. Avec l'année 1994-1995, les régies s'impliqueront pleinement dans l'allocation des ressources aux établissements et, de plus, l'octroi des subventions aux organismes communautaires relèvera dorénavant de leur compétence.

Dans l'ensemble des orientations reliées à la réforme, le ministère avait confirmé la priorité à accorder aux ressources alternatives et légères. C'est dans cet esprit qu'il a mené à terme la révision de la classification des familles et des résidences d'accueil afin de reconnaître et de compenser à leur juste valeur les services qu'elles rendent aux personnes qu'elles supportent.

Enfin, il y avait les personnes qui avaient pu être infectées par le VIH lors d'opérations chirurgicales ou de transfusions sanguines faites entre 1978 et 1985. Pour qu'elles sachent ce qu'il advenait de leur situation, une campagne massive de dépistage vient d'être menée à terme avec la collaboration des intervenants du réseau. La bonne marche de ces opérations et de toutes les autres reliées à la politique de la santé et du bien-être, ainsi qu'à la régionalisation demandait une concertation sur tous les aspects. Le ministère et les régies régionales se sont dotés de comités conjoints au plus haut niveau à cet effet, dont les travaux ont permis d'atteindre des résultats forts intéressants. Les travaux de ces comités se poursuivent actuellement. Voilà des réalisations peu connues où des efforts remarquables ont été faits. L'esprit de partenariat dans lequel elles se sont faites est un acquis de taille pour l'avenir.

Les réalisations de 1993-1994 ne se sont cependant pas limitées à l'implantation de la réforme, car il s'avérait important de faire progresser l'aide à des groupes de personnes particulièrement vulnérables comme, par exemple, les jeunes, les toxicomanes, celles ayant des déficiences physiques ou mentales et celles atteintes ou susceptibles d'être atteintes par le cancer.

Les problèmes que la jeunesse rencontre devaient trouver une réponse immédiate, car c'est l'avenir de notre collectivité qui est en cause. L'année qui vient de se terminer a été consacrée à développer plusieurs volets du Plan d'action jeunesse et, principalement, le virage prévention. Les interventions ont touché tous les groupes: ceux d'âge préscolaire, du primaire et les plus âgés.

Les personnes toxicomanes, pour lesquelles une politique globale d'intervention a été adoptée par le gouvernement, avaient, elles aussi, des besoins urgents. Les principales réalisations à ce chapitre, en 1993-1994, ont consisté à consolider les services de réadaptation dans les régions moins bien pourvues et à améliorer l'accessibilité aux services pour la population anglophone du Grand Montréal.

Les personnes ayant des déficiences physiques ou mentales requéraient des améliorations dans les services qui leur sont destinés. Des ressources additionnelles ont été allouées aux régies régionales afin de favoriser l'accessibilité des services destinés aux personnes ayant une déficience physique et de maintenir dans la communauté celles présentant des déficiences intellectuelles.

Les organismes communautaires ont joué un rôle capital auprès des groupes de personnes que je viens de mentionner, ainsi qu'auprès des itinérants, des femmes victimes de violence et d'agressions sexuelles. La consolidation générale des organismes communautaires était un autre sujet pressant. C'est dans cette ligne d'action que le ministère s'est engagé, en 1993-1994, à l'endroit des organismes communautaires et, nonobstant le contexte de restrictions budgétaires, 6 000 000 $ additionnels leur ont été alloués.

Par ailleurs, il était important d'intervenir auprès des personnes cancéreuses, dont la maladie est extrêmement éprouvante tant pour elles-mêmes que pour leurs proches, et auprès de celles plus susceptibles d'en être atteintes. Un plan d'action a été mis en marche pour développer les services de radiothérapie, ainsi qu'un programme de dépistage du cancer du sein. Les premiers gestes ont été posés et, à cet effet, nous avons récemment discuté, dans cette commission, des amendements que j'ai proposés à la Loi sur l'assurance-maladie pour habiliter le gouvernement à désigner les lieux d'exercice des services de mammographie, de façon à offrir une garantie de qualité du dépistage. Les suites appropriées seront données à ce programme.

Sur un autre plan, les ententes avec la Fédération des omnipraticiens du Québec et avec celle des médecins spécialistes viennent d'être conclues en conformité avec la politique salariale du gouvernement. Celles-ci consacrent la volonté du corps médical et du gouvernement de rechercher ensemble, dans un nouveau partenariat, des solutions aux problèmes d'organisation et de financement des services publics de santé. L'entente avec la Fédération des médecins spécialistes du Québec comporte des dispositions pour améliorer la pratique médicale sans que les services à la population soient affectés, tout en permettant de ralentir la croissance des dépenses publiques de santé.

Je n'ai pas accepté de m'engager dans une voie de réduction de services et c'est pourquoi vous constaterez un redressement de 50 000 000 $ de la base budgétaire 1994-1995 des services médicaux à la Régie de l'assurance-maladie du Québec. Je porte aussi à votre attention les mesures convenues qui entraîneront une meilleure utilisation et une répartition géographique plus appropriée des effectifs médicaux. Cette question avait soulevé des débats importants et un dénouement au bénéfice de la population est intervenu. Les services médicaux seront donc plus facilement accessibles pour répondre aux besoins de la population.

Mme la Présidente, regardons, par ailleurs, les orientations pour l'année qui vient. Pour l'année 1994-1995, les grandes lignes d'action qui se présentent dans le secteur de la santé et des services sociaux sont de réaliser le «Défi qualité-performance» en accentuant deux priorités dont je me soucie particulièrement: l'amélioration de la qualité des soins et services aux personnes et la valorisation des rôles de la personne, de la famille et de la communauté.

Avant d'aborder ces questions, je voudrais toutefois situer les perspectives budgétaires du ministère et de la Régie de l'assurance-maladie du Québec, ainsi que les interventions qui seront faites pendant l'année qui vient. Les crédits pour l'année financière 1994-1995 sont de 10 091 000 000 $ pour le ministère et de 2 831 000 000 $ pour la Régie de l'assurance-maladie du Québec. Par rapport à 1993-1994, ils augmentent globalement de 1,3 %, ce qui reflète la préoccupation du gouvernement d'en ralentir le rythme de croissance et de répondre aux nouveaux besoins dans le secteur de la santé et des services sociaux, tout en tenant compte du contexte des finances publiques.

Excluant une hausse de 166 300 000 $ pour ajuster la rémunération des facteurs de production, principalement la main-d’œuvre, les crédits du ministère permettront d'allouer 132 100 000 $ à de nouveaux besoins dans la santé et les services sociaux. Parmi les grandes composantes de ces crédits, il y a, en premier lieu, 59 100 000 $ pour tenir compte des augmentations de coûts que génèrent le vieillissement de la population, le développement de la technologie médicale et l'accroissement des clientèles. Ensuite, 25 000 000 $, provenant d'économies que les régions feront, leur seront réalloués. Un montant de 15 000 000 $ le sera pour le maintien à domicile des personnes âgées et l'alourdissement des clientèles hébergées, et un autre montant de 10 000 000 $ sera réservé pour des priorités régionales. Des crédits additionnels de 21 900 000 $ serviront à des développements reliés principalement à des augmentations de capacité des établissements, et 15 100 000 $ seront utilisés pour l'achat de produits sanguins et de facteurs de coagulation de haute pureté. Enfin, 6 000 000 $ viendront augmenter les ressources pour le maintien à domicile des personnes handicapées et 5 000 000 $ serviront pour la prévention du cancer causé par le tabagisme.

En ce qui a trait aux crédits de la Régie de l'assurance-maladie du Québec, ils augmentent de 69 700 000 $, dont 63 000 000 $ pour refléter la hausse de la pratique professionnelle, de la clientèle et des prix.

Par ailleurs, la prévision de crédits du ministère comprend des mesures d'économie de 204 200 000 $, reflétant la préoccupation du gouvernement de ralentir le rythme de croissance des dépenses publiques et de rendre le système de santé et de services sociaux plus abordable pour la population. C'est pourquoi 197 700 000 $ d'amélioration de productivité et d'efficience seront demandés au réseau cette année. Celles-ci seront faites dans le cadre du «Défi qualité-performance» que je viens de transmettre aux établissements après en avoir reconsidéré les cibles initiales. Il m'apparaissait essentiel que le «Défi qualité-performance» ajuste le système de santé et de services sociaux à notre capacité de payer, sans toutefois le faire au détriment des services aux personnes. Les acquis doivent être protégés et il n'est pas question, dans mon esprit, que le niveau et la qualité des services pertinents soient réduits.

La finalité intrinsèque du Défi est d'actualiser la vision de la santé et du bien-être que, collectivement, nous nous sommes donnée. Pour moi et pour toutes les personnes que le régime public dessert, il doit nécessairement aller au-delà des questions d'augmentation d'efficacité et d'efficience et conduire le système actuel vers un système plus sensible à répondre aux véritables besoins de la population, plus accessible et plus humain envers elle et dont la qualité des services sera encore meilleure.

Pour orchestrer ces changements, le «Défi qualité-performance» impliquera la participation de tout le réseau, ainsi que celle de la population, car c'est le moyen dont le ministère s'est doté pour cibler, dans une perspective pluriannuelle, les stratégies et les actions nécessaires pour finaliser la réforme, pour actualiser la politique de santé et du bien-être et pour améliorer la performance et la qualité de nos services. L'articulation de ces trois orientations guidera le secteur de la santé et des services sociaux pour les prochaines années.

Dans une première orientation du plan, qui est de consolider les fondements de la réforme, je me suis fixé comme objectif de compléter sous peu la mise en place des comités des usagers. L'implication et la participation active de la population doivent être favorisées le plus possible pour que ses besoins soient au centre des décisions des régies régionales et des établissements. Un autre volet de la consolidation de la réforme sera de donner un peu d'oxygène à nos établissements. Les gestes et les décisions sont trop souvent conditionnés par le respect des multiples normes et règles qui ont été édictées. L'atteinte des résultats doit remplacer une gestion où la conformité aux normes est un leitmotiv que l'on retrouve trop souvent. C'est pourquoi j'ai demandé qu'une emphase soit mise sur les travaux de déréglementation dans l'optique de favoriser une organisation mobile des services.

Entre-temps, les régies se sont engagées avec le ministère dans un processus innovateur où, sur la base d'un protocole d'entente, des objectifs respectifs seront convenus, évitant ainsi différentes formes de contrôle des gestes quotidiens qui auraient pu se développer. La reddition de comptes se fera en fonction de l'atteinte des résultats prévus. Nous avons, ici, l'essence même de la décentralisation et son corollaire, l'imputabilité. Ces protocoles traduisent également l'esprit de la déréglementation que je veux favoriser et dans laquelle tout le réseau doit s'engager.

Une seconde orientation du plan d'action, mais non la moindre, est d'améliorer les conditions de santé et de bien-être de toutes et de tous, ainsi que la qualité des soins et des services. À cet effet, les régies ont entrepris l'élaboration de leurs priorités en s'appuyant sur la politique de la santé et du bien-être et en l'adaptant aux particularités de leur région. Il y a là un travail de longue haleine qui est bien entrepris et qui se poursuivra. Pour lancer dès maintenant l'actualisation des priorités que les régies régionales ont commencé à se donner, j'allouerai un montant de 10 000 000 $ aux régies régionales et chaque régie décidera de l'utilisation de la somme qui lui sera versée en conformité, évidemment, avec les objectifs de la politique de santé et de bien-être.

La troisième orientation est d'augmenter la performance d'ensemble du système, car il aura, en 1994-1995, à contribuer à l'effort de redressement des finances publiques, comme dans tout autre secteur. L'amélioration de la productivité demandée aux établissements a été répartie entre les régies régionales en fonction d'une formule d'équité interrégionale. Cette orientation implique leur participation active, car pour une première fois la détermination des cibles spécifiques d'amélioration d'efficience et d'efficacité relèvera des régies régionales. Elles assumeront donc une responsabilité de premier ordre dans leur révision de l'organisation du réseau et de la configuration des services afin de les rendre plus performants et moins coûteux. En même temps, il leur faudra réexaminer avec les établissements les façons de faire, les pratiques, les processus et les modes de travail dans l'optique d'une meilleure efficience.

Tel que je vous l'ai déjà mentionné, il m'apparaît essentiel que toutes les opérations reliées au «Défi qualité-performance» soient guidées par la vision des services sociaux et de santé que nous nous sommes donnée. La qualité des services, leur personnalisation et leur humanisation en sont le cœur. C'est pourquoi j'ai fixé des objectifs stratégiques précis, dont un premier est de mettre l'accent sur l'amélioration du niveau de la qualité des services, tout en visant une dispensation des services et des soins qui soit dorénavant plus efficace et plus efficiente. L'intégration des services et la concertation entre les établissements me sont apparues comme un second objectif stratégique à viser. Les établissements sont les maillons d'une chaîne au service des personnes. Ils devront s'ouvrir les uns par rapport aux autres et opérer vraiment en réseau pour offrir des services appropriés et continus à chaque personne qu'ils desservent. Enfin, le troisième objectif que j'ai fixé est de faire porter le questionnement des façons de faire, pratiques, processus et modes de travail sur les services périphériques à la mission principale des établissements.

Je voudrais aussi insister, Mme la Présidente, sur deux volets qui devront animer ces objectifs et même les transcender. Le premier, qui me préoccupe au plus haut point, est le rehaussement de la qualité des soins et des services sous l'angle de leur humanisation et de leur personnalisation. La compétence technique et le professionnalisme des personnes œuvrant dans le réseau ne peuvent être mis en doute, et les standards de service sont généralement excellents, mais plusieurs commentaires ont été portés à mon attention sur le caractère distant et parfois froid de l'accueil que certains établissements réservaient aux personnes qu'ils desservent. La question n'est pas de savoir si l'accueil était réellement froid ou distant; l'important, c'est ce que l'utilisateur de services en retient. Il a parfois eu l'impression d'être un intrus et de déranger.

Le réseau de la santé et des services sociaux a justement été mis en place par les citoyennes et les citoyens du Québec pour leur propre bénéfice. Sur ce plan, il n'y a pas de compromis qui soit possible et ils sont en droit d'exiger de la qualité dans leurs relations avec le personnel qui donne les services sociaux et les services de santé. Cette qualité se retrouve, entre autres, dans l'accueil des personnes, dans la façon de prendre en considération leurs attentes concrètes, dans l'information qu'on leur donne et dans la façon en soi de donner le service attendu. J'ai donc demandé que l'on s'oriente sans équivoque vers une plus grande personnalisation et humanisation des services.

Aussi, dans les mois qui vont suivre, je rencontrerai les régies régionales, les différentes associations et corporations représentant les établissements, leurs personnels et les personnes desservies par le réseau pour définir les mesures les plus appropriées et pour obtenir l'engagement des intervenants dans cette voie. Dans cette préoccupation de qualité des services, les lignes d'Info Santé apparaissent répondre à cette orientation, car elles permettent aux personnes de mieux évaluer si elles doivent se présenter en établissement. Ainsi, la pression sur les services d'urgence peut être allégée et le personnel qui y travaille peut offrir un meilleur service aux personnes.

Les évaluations que j'ai reçues des services en place sont positives. Je rendrai donc ce service accessible à toutes les régions du Québec en 1994-1995. Les requestionnements constants qui sont actuellement requis et qui le seront pour les années à venir m'amènent toutefois à limiter cet engagement aux cinq prochaines années. Au-delà de ce terme, ce service ne sera reconduit que sur une démonstration rigoureuse et explicite qu'il aura donné les fruits attendus en matière d'orientation des personnes vers des ressources moins coûteuses; sans quoi il sera suspendu et de nouveaux moyens seront examinés. Cette obligation de s'assurer de l'atteinte des résultats, faute de quoi les nouveaux programmes seront arrêtés, s'appliquera dorénavant à tout développement de services pour éviter leur sédimentation et obliger à leur évaluation.

Un second volet qui doit animer les objectifs et qui me préoccupe de façon particulière est le développement d'une vision des interventions qui intègre la personne, la famille et la communauté dans la façon d'aborder les programmes et les plans d'action visant des clientèles tels les jeunes et les personnes âgées, et tous les autres groupes vulnérables. Dans ces plans, il faut se donner une approche des actions à réaliser qui soit plus intégrée et mieux inscrite dans la communauté si nous voulons vraiment offrir des services de qualité. Il n'y a pas d'intervention de l'État qui soit en mesure de réduire les problèmes de bien-être si elle ne s'inscrit pas dans un continuum de services tenant compte du support de l'entourage des clientèles visées et si elle ne se préoccupe pas suffisamment des gestes que cette clientèle pose pour elle-même. Il s'avère primordial de dépasser les approches qui ont eu cours jusqu'à maintenant et que les interventions du système de santé et de services sociaux se fassent en respect, en continuité et en complémentarité avec celles des personnes, des familles et de leur communauté. Le plan d'action pour la jeunesse sera donc actualisé dans cette perspective de façon à pousser encore plus loin nos interventions auprès d'eux. Je ferai aussi revoir les autres plans d'action pour y intégrer cette perspective.

Pour conclure, Mme la Présidente, mesdames et messieurs, membres de cette commission des affaires sociales, à la lumière des propos préliminaires que je viens de tenir devant vous, vous constaterez ma volonté d'inscrire résolument le système de santé et de services sociaux à l'heure du ralentissement des finances publiques. Autant sur le plan quantitatif que qualitatif, le défi est sans précédent. Il exigera de toutes celles et de tous ceux qui sont concernés dans le réseau de la santé et des services sociaux des efforts intenses et soutenus qui seront sans doute marqués par des difficultés importantes. L'enjeu est de taille, car il s'agit d'offrir des services de qualité axés sur des résultats et à moindres coûts. Des décisions difficiles devront être prises dans toutes les régions du Québec pour atteindre les objectifs que nous nous sommes fixés, notamment en matière d'efficience et d'efficacité.

J'ai déjà indiqué précédemment, ainsi qu'à d'autres occasions que, s'il fallait être préparé à tout modifier, il n'était pas question d'en faire porter le fardeau sur les épaules de nos concitoyennes et concitoyens en réduisant le niveau ou la qualité des services jugés pertinents. Je persiste à croire que les gains d'économie recherchés sont encore possibles du côté des façons de faire plus économiques, de l'augmentation de la productivité et de l'élimination des dédoublements. Je dirai non à toute mesure susceptible de rendre encore plus vulnérables ceux et celles qui requièrent l'aide du régime public de santé et de services sociaux, car ce sont eux qui en sont la raison d'être.

Dans mon esprit, l'atteinte de la performance est donc indissociable de l'atteinte de la qualité, et au défi d'assurer l'efficience et l'efficacité se juxtapose d'une autre manière, tout aussi indissociable, celui d'assurer des services de qualité. Les dimensions de la qualité devront transcender l'ensemble des exercices auxquels nous sommes contraints de nous livrer. Plus que du côté scientifique ou technique, où les standards sont relativement satisfaisants, quoique perfectibles, les regards devront davantage porter du côté de la personnalisation et de la continuité des services, où il y a encore beaucoup à faire.

Parce qu'ils sont à la fois propriétaires et clients des services sociaux et de santé, les citoyennes et les citoyens méritent qu'on fasse mieux avec moins et qu'on réponde à leurs attentes légitimes. Ces attentes sont de mieux en mieux connues, actuellement. Elles interpellent les intervenantes et les intervenants du réseau non plus seulement dans leur rôle d'experts, mais aussi dans le type de relations qu'ils entretiennent en tant que gestionnaires ou professionnels.

Les usagers exigent, certes, toujours la compétence et le savoir-faire, mais ils tiennent, de façon tout aussi importante, à des relations de service qui soient empreintes de courtoisie, de compréhension, de dignité et de respect. Ils revendiquent aussi de notre réseau qu'il se structure pour leur éviter des ballottements d'un établissement à l'autre, avec leur train habituel de conséquences négatives sur des services discontinus ou incomplets. Le réseau doit donc améliorer ses rapports avec les personnes, autant sur le plan de ses attitudes que sur celui de la restauration de ses modes de gestion et des systèmes qui rencontrent les attentes concrètes des citoyens.

Depuis mon arrivée au ministère, j'ai fait de cette perspective de travail une priorité et j'entends, au cours du présent exercice financier, partager cette vision à la fois avec la population et les instances du réseau. La démarche que je compte entreprendre à ce chapitre trouvera sa finalité lorsque, à tous les niveaux de notre système, on se sera engagés dans un processus d'amélioration continue d'approches et d'interventions centrées sur la personne et sur la qualité des relations de service avec nos concitoyennes et concitoyens. Tel est le sens qu'il m'apparaît essentiel de donner aux orientations budgétaires actuelles pour que ce qui sera fait à ce chapitre, loin de nous en éloigner, nous rapproche davantage de notre mission fondamentale, soit celle de venir en aide aux personnes souffrantes qui requièrent nos services. Merci, Mme la Présidente.