|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Province*** | ***Législature*** | ***Session*** | ***Type de discours*** | ***Date du discours*** | ***Locuteur*** | ***Fonction du locuteur*** | ***Parti politique*** |
| Québec | 35e  | 1re  | Remarques préliminaires à l’étude des crédits | 13 avril 1995 | M. Jean Rochon | Ministre de la Santé et des Services sociaux  | PQ |

 **M. Rochon :** Merci, M. le Président. Vous me permettrez d'abord de vous présenter l'équipe qui m'accompagne: M. Luc M. Malo, qui est le sous-ministre du ministère, et celui qui dirige l'équipe du cabinet, M. Jean-Claude Fillion, qui est ici avec nous. Je profite de cette occasion, dès le début, pour remercier très sincèrement et féliciter toute l'équipe du ministère et l'équipe du cabinet qui ont beaucoup de mérite dans les documents que vous avez. Il y a un travail important qui a été fait dans les dernières semaines. Et si vous le permettez, M. le Président, je ferai appel à leurs connaissances de façon à pouvoir informer la commission le plus précisément possible et le plus adéquatement possible selon les questions qui seront fournies.

Nous entreprenons aujourd'hui, M. le Président, l'étude des crédits pour 1995-1996, qui sont de l'ordre de 12 900 000 000 $, les crédits que le gouvernement a prévus pour le secteur de la santé et des services sociaux. Nous savons que ces crédits comprennent 10 100 000 000 $ pour le ministère de la Santé et des Services sociaux, comprenant l'ensemble du réseau des établissements de même que l'Office des personnes handicapées du Québec, et 2 800 000 000 $ pour les programmes qui sont gérés par la Régie de l'assurance-maladie du Québec.

Comme on le sait, la politique de stabilisation des dépenses de notre gouvernement et la transformation du système sociosanitaire du Québec qui s'impose demanderont un effort très important à l'ensemble du secteur de la santé et des services sociaux.

Pour être en mesure de bien comprendre les enjeux et pour cibler un peu la discussion que nous aurons aujourd'hui, j'aimerais d'abord faire le point brièvement sur un certain nombre d'actions qui ont été entreprises au cours des derniers mois pour qu'on voie la perspective, vous donner ensuite les orientations, sur quoi va porter notre action au cours des trois prochaines années, et, finalement, nous pourrons examiner les initiatives plus spécifiques qui sont prévues pour 1995-1996.

Pour aborder les actions de 1994-1995, je voudrais d'abord rappeler qu'il m'apparaît très clair, et je l'ai dit et répété au cours des six derniers mois, que la régionalisation et la décentralisation qui ont été entreprises doivent sans attendre et de façon prioritaire être poussées plus loin et être menées à terme au cours du prochain cycle budgétaire. Il faut donner aux responsables de chacune des régions toute l'autonomie nécessaire pour qu'ils puissent avec souplesse, rapidité et flexibilité se concerter entre eux, convenir des services à offrir pour répondre aux besoins de la population et procéder aux changements dans les services qui sont offerts.

Il m'apparaît donc important comme ministre... il m'apparaissait important dès mon arrivée au ministère comme responsable de ce secteur de la santé et des services sociaux de rencontrer l'ensemble des responsables de chacune des régions pour bien m'assurer de leur compréhension, partager avec eux une approche commune sur les problématiques et développer une mobilisation et une concertation. C'est ce qui a été fait et nous avons pu nous assurer dès la fin du mois de novembre d'une compréhension et d'un appui aux éléments de la politique que je vais vous présenter aujourd'hui.

L'atteinte de ces objectifs, d'ailleurs, demande des interventions qui devront être vigoureuses et le plus possible avant que les problèmes se présentent. Ainsi, nous avons déjà pu intensifier des actions de prévention au chapitre du tabagisme, par exemple, qui, on le sait, est un problème qui met en cause la santé des Québécois et des Québécoises, surtout des jeunes, qui se manifeste par des années de vie perdues et qui, en plus de l'impact sur la santé des individus, cause des coûts additionnels au système de santé et des services sociaux qui sont estimés être de l'ordre de 2 000 000 000 $ par année au niveau du Québec. C'est donc un montant de 20 000 000 $ sur une période de quatre ans qui a été investi pour la prévention du tabagisme, et 3 000 000 $ sur ces 20 000 000 $ ont déjà été engagés en 1994-1995. Et, de cette somme, 1 200 000 $ ont été directement mis à la disposition des régies régionales pour qu'elles les adaptent aux besoins et aux façons de fonctionner de leurs régions, et 1 000 000 $ a servi à une campagne nationale d'information et d'éducation.

Comme vous le savez, je crois qu'une grande priorité est toujours d'intervenir le plus possible en amont des problèmes, comme dans le cas du tabagisme, et d'intervenir sur les déterminants de la santé et du bien-être. Mais, par contre, il faut reconnaître qu'il y a des problèmes de santé qui existent, qui existeront toujours malgré nos interventions préventives et nos interventions de promotion de la santé. Il faut avoir des actions pour diminuer l'impact de ces problèmes. Le sida, par exemple, est une maladie pour laquelle il faut à la fois prévenir la propagation, mais il faut aussi penser avoir des programmes qui supportent et qui aident les personnes qui en sont atteintes. On parle d'à peu près plus de 3 000 cas de sida qui sont déclarés et 13 000 personnes au Québec qui sont atteintes du virus du sida, et cela illustre l'ampleur de cette maladie et montre jusqu'à quel point il faut intensifier la lutte dans ce domaine. C'est pourquoi j'ai demandé au Centre québécois de coordination sur le sida d'entreprendre, avec la collaboration des personnes qui vivent avec ces problèmes, des régies régionales et des différents organismes communautaires sida, de même que les organismes provinciaux dans le domaine de la santé et des services sociaux, une évaluation des interventions qui sont faites jusqu'à présent et une prévision des interventions qui seraient requises pour l'avenir. Il sera possible ainsi d'entreprendre la phase IV du plan québécois sur le sida en s'assurant que l'on réponde de façon la plus adéquate possible aux besoins en tenant compte, encore une fois, du contexte des différentes régions.

Par ailleurs, lors de mon arrivée au ministère, il y a un certain nombre de décisions qui devaient être prises rapidement en regard d'un certain nombre de dossiers qui piétinaient depuis quelque temps. Il y avait d'abord la transformation des centres hospitaliers universitaires qui, depuis longtemps, mobilisait le réseau et des facultés universitaires de médecine et où un consensus devait être dégagé. Or, dans ce dossier, il y a trois objectifs qui ont guidé la décision que j'ai prise et la démarche que nous avons entreprise en désignant des centres hospitaliers et les regroupements de centres universitaires pour les régions de Montréal et de Québec. Il y a d'abord un premier objectif qui est de maintenir et d'améliorer la qualité des soins dans le domaine de la formation et de la recherche... excusez, d'améliorer la qualité de la formation dans le domaine des sciences de la santé et d'améliorer la recherche. Il fallait également s'assurer que les ressources qui sont consenties pour la technologie de pointe et les développements technologiques soient utilisées de façon optimale.

Alors, c'est une opération de rationalisation, d'abord, qui s'imposait pour le réseau des centres hospitaliers au Québec. Une fois les désignations faites, la restructuration des centres hospitaliers doit être entreprise et, pour s'assurer qu'elle soit menée à terme correctement, j'ai mis en place un comité d'implantation pour chacune des universités impliquées afin qu'on établisse pour l'automne prochain, pour le mois de septembre, les modalités, le processus qui sera suivi, de même que le premier calendrier de réalisations pour l'année 1995-1996.

Un autre problème qui ne pouvait plus attendre était celui de la disponibilité adéquate de médecins dans des régions éloignées. On sait que le Québec s'est doté d'une politique globale pour s'assurer une répartition équitable des effectifs médicaux et, de plus, cette politique comporte des mesures incitatives qui sont convenues avec les fédérations médicales. Restaient néanmoins des endroits où les besoins n'étaient pas comblés et, à cet effet, je me suis assuré que les omnipraticiens dont la formation s'achève s'engagent à aller pratiquer dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue. De plus, des adaptations aux dispositions actuelles sont à l'étude pour qu'elles visent plus spécifiquement les régions qui sont encore en pénurie et que des solutions durables puissent être apportées à ce problème.

Dans cette même ligne de pensée, j'ai entrepris de lever un certain nombre d'obstacles à l'accession à la profession médicale que subissaient des médecins diplômés à l'extérieur du Québec et des États-Unis, même après qu'ils eurent réussi l'examen du Collège des médecins, et ça a pu être fait en respectant les objectifs globaux de la formation et du contingent des médecins qui sont requis pour le Québec.

Parlons maintenant du problème d'attente pour des services en chirurgie. Il était aussi vital qu'on se dote d'outils pour revoir les façons de faire dans ce domaine quant à ce qui regarde la prestation des services et pour aussi s'engager dans la transformation de notre système. Dans le plan d'action que nous avons annoncé, un premier exemple important comme élément est celui de la chirurgie d'un jour qui est un des moyens qui a été développé pour remplacer l'hospitalisation et dont le potentiel n'est pas encore vraiment assez utilisé au Québec. Des études ont démontré que le taux de chirurgies d'un jour dans l'ensemble du Québec est de 28 % alors que, en Colombie-Britannique, il est déjà à 38 % et, aux États-Unis, de façon générale, on dit qu'il est de plus de 50 %.

La préadmission s'est avérée aussi un élément important pour ce programme, permettant de diminuer la durée de séjour préchirurgie et de sauver un certain nombre de ressources, tout en assurant un meilleur confort aux patients pour l'ensemble des examens qui doivent être faits avant les interventions chirurgicales. Et, finalement, le plan que nous avons annoncé prévoit aussi d'optimaliser l'utilisation des blocs opératoires où une première étude qui a été faite avant d'annoncer ce plan d'action avait démontré que, de façon générale, en moyenne au Québec, les blocs opératoires sont mal utilisés ou inutilisés pour à peu près 25 % du temps des plages d'occupation normale.

Dans le cadre de ce programme, de ce plan d'action, des objectifs précis de résultat ont été fixés à l'ensemble du réseau. Ainsi, pour 1995-1996, on vise à réduire de 50 % les délais d'attente en chirurgie pour toutes les personnes qui sont concernées. Ensuite, on prévoit s'assurer que 75 % des patients dont la chirurgie est prévisible subissent leurs examens et les consultations préopératoires en externe, ce qu'on appelle aussi la préadmission, et qu'aussi 85 % des chirurgies se fassent le plus possible la journée même de l'hospitalisation. D'autres objectifs précis ont été fixés pour les années qui suivent, toujours avec comme objectif d'améliorer la qualité des services aux citoyens et aux citoyennes du Québec et de transformer les façons de faire à l'intérieur des ressources disponibles.

Les sommes qui seront mobilisées pour permettre ces transformations seront en partie des économies, mais sont surtout un exemple de ce que veut dire une transformation et un exemple de ce que les changements du système permettront de faire pour développer aussi des nouveaux services.

Nos orientations pour le cycle de 1995-1998. À la faveur de la réforme et de la politique de santé et de bien-être du Québec, des pas importants ont été franchis dans l'ensemble du système pour adapter les services aux besoins de la population. Les régies régionales ont été mises en place et fonctionnent de façon efficace présentement. Elles ont déjà entrepris une démarche très systématique pour actualiser dans chacune des régions les priorités de santé et de bien-être dont le Québec s'est doté et pour adapter les services aux besoins de la population de leur région. Et, bien avant que la situation budgétaire vienne imposer des contraintes importantes, la section sociosanitaire s'était déjà engagée dans une voie d'adaptation de son organisation et de ses services en fonction de nouvelles réalités connues et prévisibles.

Si on regarde à l'intérieur du système, il y a des questionnements qui sont en cours depuis plusieurs années. La centralisation et la réglementation ont été, avec raison, remises en cause et il ne fait pas de doute qu'il faut privilégier de plus la prévention, intervenir plus en amont sur les problèmes avant que les situations s'aggravent. Les modes et les techniques d'intervention sont révisés et l'on s'attend que des alternatives à l'hospitalisation comme celles que nous avons mentionnées puissent se développer de façon plus importante.

Si on regarde à l'extérieur du système, on sait qu'il y a un vieillissement marqué de la population qui manifeste des besoins nouveaux et une préférence pour qu'on développe des services, le plus possible, proches des communautés et du milieu de vie naturel des gens. Il y a des nouvelles problématiques sociales comme l'itinérance, la violence qui sont ressorties beaucoup dans les études faites dans les régions et qui demandent de réajuster aussi nos actions. D'autres problèmes que l'on pensait avoir mis sous contrôle comme les maladies infectieuses n'ont pas disparu, mais tendent à revenir et à hanter l'actualité de façon très fréquente dans le contexte actuel. La population du Québec, M. le Président, demande, pour sa part, que les acquis de son système de santé et de services sociaux soient conservés et qu'ils continuent mieux qu'avant à améliorer ses conditions de santé et de bien-être. Elle veut néanmoins que soient collectivement abordables les services sur le plan financier.

On sait que les sociétés qui auront le plus de succès pour améliorer leur santé et leur bien-être seront celles qui prendront en charge l'avenir de leur système en le transformant. C'est pourquoi la transformation qui a été abordée et qui a été promue dans la vision du système des services de santé donnera à la collectivité, au tournant du siècle, le système de santé qu'il nous faut.

À côté de cette transformation qui est nécessaire, il y a la question des finances publiques. Depuis 17 ans, on sait que les déficits d'opération s'accumulent au Québec, hypothèquent l'avenir et le bien-être de nos familles, des enfants et des petits-enfants des prochaines générations. Le gouvernement a adopté une politique budgétaire de stabilisation de ses dépenses pour non seulement en arriver à éliminer le déficit d'ici quelques années, mais aussi pour commencer, à moyen terme, à rembourser la dette que nous avons contractée et qui taxe même nos dépenses quotidiennes et à l'intérieur de chacun de nos budgets. C'est pourquoi les ministères se sont vu octroyer une enveloppe budgétaire sans majoration de crédits et qu'elle constitue un objectif de dépenses qui ne doit pas être dépassé.

L'enjeu des finances publiques demandera que nous accélérions le pas pour la transformation du système car c'est justement par ce moyen qu'il sera possible de stabiliser les dépenses dans le secteur public, comme celui de la santé et des services sociaux, et de même, aussi, respecter les enveloppes budgétaires de la Régie de l'assurance-maladie du Québec.

La transformation se fera dans la modification de nos façons de faire, en assurant une décentralisation et une déréglementation et une action plus grande en amont des problèmes. Ce défi est de taille, mais nous croyons qu'il est réalisable parce que, globalement, on ne diminue pas, en stabilisant nos enveloppes, la portion de notre richesse qu'on a investie dans le domaine de la santé. On sait qu'au Québec elle est de l'ordre de 10 % alors qu'en comparaison l'ensemble des pays de l'OCDE affiche une moyenne de 8,5 %. On sait aussi que cette transformation, comme je l'ai souligné, est nécessaire et due, qu'elle n'est pas particulière au Québec, elle est déjà amorcée, et que les provinces ailleurs au Canada... l'Ontario plus spécialement y est déjà engagée depuis trois ans et commence déjà à avoir des effets de ce type de politique.

Maintenant, dans cette transformation, on doit s'assurer que les grands principes de la politique de santé et bien-être soient respectés. Et un de ces principes est sûrement l'équité. Il faut qu'on soit guidé par ce principe pour donner une égalité d'accès à la santé et au bien-être aux populations des différentes régions et aussi aux différents groupes de la population qui ont des problèmes particuliers. Nos objectifs, je le répète, sont d'assurer la qualité des services, de développer les ressources le plus possible au niveau des communautés pour avoir la quantité adéquate des services et, tout en responsabilisant les citoyens comme consommateurs, que l'on s'assure de protéger par toutes les mesures possibles l'emploi.

Des orientations stratégiques ont été prévues au niveau du virage ambulatoire qui est bien connu et qui nous permettra de passer d'une approche beaucoup plus institutionnalisée vers des approches plus communautaires et avec des ressources plus légères. On a une deuxième orientation qui vise la décentralisation et la déréglementation pour améliorer la gestion des programmes et des services en ayant un encadrement beaucoup plus souple dans les régions, pour permettre surtout une gestion des ressources humaines beaucoup plus efficace et qui implique les partenaires syndicaux pour revoir l'organisation du travail et assurer que l'emploi soit protégé et que la qualité des services soit assurée, et, finalement, pour assurer une gestion des ressources budgétaires plus souple qui permette une plus grande collaboration entre les établissements du réseau et la création de différents réseaux de services. Et, finalement, les différentes actions dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé, à mesure qu'on va dégager des ressources, permettront de compléter cette opération.

Plus spécifiquement pour 1995-1996, M. le Président, l'effort budgétaire global est de l'ordre de 546 500 000 $ pour respecter les crédits qui sont prévus. C'est un effort majeur et qui va obliger tout le monde à se surpasser, mais ça m'apparaît tout à fait possible. En pratique, les crédits que l'on a sont à peu près de l'ordre de 71 000 000 $ de moins que les crédits initiaux de 1994-1995, mais, si, on regarde le niveau de dépenses prévues pour 1994-1995, nous avons, en fait, 17 000 000 $ de plus que ce qu'auront été les dépenses de l'an passé, ce qui nous donne donc un ordre de grandeur qui nous donne une marge de manœuvre importante.

Maintenant, la stabilisation a été faite au sein du ministère, et nous le verrons par l'étude, au sein de quatre enveloppes. Il y a une enveloppe qui prévoit le fonctionnement du ministère et l'ensemble des fonctions nationales. Il y a une autre enveloppe qui prévoit l'ensemble du réseau, qui est l'enveloppe la plus importante quantitativement. Une autre enveloppe pour tous les programmes régis par l'assurance-maladie du Québec, et une autre pour l'Office des personnes handicapées. Il y aura donc une équité aussi dans les différents secteurs de fonctionnement et une efficacité qu'on devra atteindre dans l'ensemble du système. Chacun des intervenants sera donc appelé à se mobiliser, et ils ont travaillé et continuent à travailler pour avoir les moyens de contrôler chacune de ces différentes enveloppes.

Nous pensons, M. le Président, qu'on a pu dégager présentement un climat de confiance et de concertation dans l'ensemble du réseau et que ça a été fait beaucoup par une transparence qu'on manifestera pendant cette commission, qui a été notre marque de commerce et qui continuera de l'être au cours de l'année. Chacune des régions aura une enveloppe budgétaire globale et, même si les crédits identifient différents programmes, il faut réaliser qu'au niveau des régions les régions pourront gérer et auront toute la souplesse, comme j'y ai référé en parlant de déréglementation, pour pouvoir faire les ajustements nécessaires, et les moyens de contrôle seront de plus en plus développés pour contrôler, rendre les régions imputables, les établissements imputables a priori sur les résultats qu'ils auront atteints, plutôt qu'un contrôle tatillon sur les façons de faire et sur les processus.

Dans l'ensemble des 546 000 000 $ qui constituent l'effort budgétaire, il faut réaliser qu'il y a une somme importante de 140 000 000 $ qui sera remobilisée et réinjectée pour amorcer cette transformation dans les secteurs de priorités qui sont, comme on le sait, d'abord, le domaine des lits d'hébergement et des soins de longue durée, où on a prévu que, pour les lits d'hébergement et pour le maintien à domicile, qui devra soutenir, il y aura 50 000 000 $ qui seront injectés. L'ensemble des groupes communautaires se verra donner, pour vous signaler un autre exemple, 3 000 000 $ additionnels dans la réallocation qu'on peut déjà prévoir et, en ce qui regarde (…) l’Office des personnes handicapées, [il] pourra bénéficier de 1 000 000 $ de plus pour ce qui regarde l'intégration au travail et de 12 000 000 $ pour les différents programmes d'aide matérielle.

Nous sommes très conscients qu'il s'agit d'un programme très ambitieux, on l'a dit, mais que c'est l'orientation qu'il faut prendre, cette transformation qui est nécessaire, qu'il y a une volonté dans l'ensemble du réseau de le faire, et que l'heure n'est pas de se demander: Est-ce qu'on doit le faire? quand doit-on commencer? à quel rythme doit-on y aller? Ce qui est important, c'est de faire le départ. Et une image qui me paraît bien décrire la situation où on est, c'est qu'on doit mettre une fusée en orbite, M. le Président. Une fois qu'elle sera bien mise en orbite, qu'elle sera sur son cours, on va s'assurer qu'avec les capacités de gestion qu'on a dans ce réseau, la qualité, la capacité de production qu'ont les professionnels... Je suis très confiant qu'on va pouvoir gérer cette transformation si on a une vision des prochains cycles budgétaires de trois ans et des moyens qu'on pourra dégager pour le faire. Merci, M. le Président.