|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Province*** | ***Législature*** | ***Session*** | ***Type de discours*** | ***Date du discours*** | ***Locuteur*** | ***Fonction du locuteur*** | ***Parti politique*** |
| Québec | 35e | 2e | Remarques préliminaires à l’étude des crédits | 16 avril 1996 | M. Jean Rochon | Ministre de la Santé et des Services sociaux | PQ |

**M. Rochon :** M. le Président. Nous allons procéder à l'étude des crédits du ministère, qui sont de l'ordre de près de 13 000 000 000 $. On remarquera que, cette année, comparativement à l'an passé, il y a une enveloppe d'un peu plus de 300 000 000 $ qui a été transférée de la Sécurité du revenu pour tout ce qui est des programmes d'assistance médicale et qui a été intégrée avec l'enveloppe de la Régie de l'assurance-maladie du Québec. C'est ce qui fait que, apparemment, les crédits des deux années, comparativement au livre des crédits qu'on avait l'an passé, ont augmenté à cause de ce transfert de crédits.

Mais la situation réelle, qui est celle des crédits de 1996-1997, en est une où, pour la première fois, les crédits du secteur de la santé et des services sociaux vont vraiment diminuer de façon réelle. On se rappellera que l'année qu'on vient de terminer a été l'année où on a vraiment atteint le niveau de croissance zéro. Je pense qu'en réalité ça a été légèrement moins 0,1 %, qui ont été les crédits de 1995-1996, par rapport à l'année précédente. Mais, cette année, on aura une diminution réelle des crédits du ministère.

Ce que je vais faire, M. le Président, c'est rapidement rappeler ce qui a été des éléments importants de l'année qui vient de se terminer, qui nous mettent en perspective les crédits qui sont devant nous, et, dans un deuxième temps, souligner quelles sont les lignes de force qui s'annoncent pour la deuxième année de la réorganisation de notre système de santé et de services sociaux.

Cette année, en 1995-1996, on a d'abord eu, au niveau de chacune des régions du Québec, un exercice qui a mené au choix d'orientations et à des choix réels d'allocation de ressources et de transferts de ressources entre différents secteurs de notre système de santé et de services sociaux, essentiellement, comme on le sait, un transfert de ressources institutionnelles vers des ressources plus légères dans la communauté, vers des services à domicile ou toutes les alternatives ambulatoires qui sont maintenant disponibles dans le domaine de la santé et des services sociaux. Il est à remarquer que ce mouvement, cette tendance très forte se voit autant du côté des services sociaux que des services de santé. Ce qui fait plus la manchette, c'est en général ce qui se passe du côté de la santé, mais les interventions, autant collectives qu'individuelles, dans le domaine des services sociaux, auprès des jeunes en difficulté d'adaptation, par exemple, ont aussi transformé leur nature de façon très importante et sont beaucoup plus intensives, et dans la communauté et hors des établissements.

Tout ce transfert et cette orientation des régies régionales nous ont amenés au point où maintenant, au moment où on se parle, on a terminé cette phase d'orientation, de choix de réallocation, et toutes les régies régionales, ou à peu près, sont passées dans une phase de transition, de gérer une transition du système de santé. Et on y reviendra, je suis sûr, à plusieurs égards, pendant notre discussion des crédits.

Un autre point qui est important dans cette réorganisation du réseau, il faut vraiment l'avoir à l'esprit, est celui d'organiser chacune des régions en décentralisant et les responsabilités et les moyens, d'organiser chacune des régions pour qu'elle ait une enveloppe budgétaire. Les crédits qu'on a devant nous sont encore dans la structure du livre des crédits tel que préparé au Conseil du trésor, répartis dans 10 programmes qui sont essentiellement des regroupements d'établissements: des CLSC, des centres de soins de longue durée, des centres hospitaliers, et le reste. Dans la réalité, il faut l'avoir à l'esprit et, dans les discussions qu'on aura, ça nous aidera à mieux comprendre comment cette structure de crédits se reflète dans la réalité.

Au niveau du ministère de la Santé et des Services sociaux, les crédits établissements sont reconfigurés, si vous voulez, sur une base de cinq grands champs d'activité qui sont ceux déterminés par «La politique de la santé et du bien-être», à savoir, vous les connaissez: la santé physique, la santé mentale, la santé publique, l'adaptation sociale et l'intégration sociale. Et quand ces crédits sont transférés au niveau des régions, ils forment une enveloppe régionale. Et c'est une enveloppe qui, dans l'avenir, va continuer à évoluer de plus en plus en tenant compte pas seulement de la classification plus ou moins technocratique qu'on peut faire de nos fonds, mais en tenant compte beaucoup plus de la population de la région, de la structure démographique de cette population et des caractéristiques de la région, qui peuvent affecter dans un sens ou dans l'autre les coûts de production des services. Qu'on pense à la situation des régions rurales par rapport aux régions urbaines, par exemple. Alors, ce concept d'une enveloppe est important à comprendre, parce que l'argent, maintenant, est distribué entre les régions sur une base de formule d'équité, en fonction des populations et non plus en fonction d'établissements qui recomposent, j'allais dire, presque plus ou moins au hasard ce qu'est, finalement, l'enveloppe d'une région.

Et les membres de la commission se rappelleront d'ailleurs qu'il y a quelques semaines, quelques mois avant la période des vacances, si je me rappelle bien, on a commencé, ce qui était prévu dans la loi, à demander à des régies régionales de comparaître devant la commission des affaires sociales pour rendre compte de leur gestion et informer la commission et la population sur la façon dont se déroulent les activités dans leur région. Je pense qu'on se rappellera que ça a été, je pense, un exercice qui nous a informés beaucoup et qui a, autant de part comme d'autre, je pense, de la commission que des régions, suscité beaucoup d'intérêt. On a de prévu à notre calendrier, M. le Président, de rencontrer d'ici la fin de l'année, je pense, encore presque une autre demi-douzaine de régies régionales. Et ce qui est souhaité, c'est que, sur un cycle de deux ou trois ans, je pense, toutes les régions passent régulièrement et rendent compte, soient très imputables non seulement devant leur population, localement, mais devant les élus au niveau de l'ensemble du Québec.

Pendant tout cet exercice, on en a discuté parfois, la responsabilité a été partagée, à mesure qu'on fait la décentralisation, selon les mandats respectifs des régies régionales, d'une part, avec les établissements dans les régions, et du ministère, d'autre part. Et, ça, c'est important qu'on ait ça aussi à l'esprit. Il y a eu un travail et un contact, vraiment, de collaboration pendant tout le processus. Et moi-même, dans mes responsabilités comme ministre, j'ai pu faire une tournée de chacune, visiter chacune des régions trois fois durant les 15 mois, là, que se sont passées toutes ces opérations-là, de sorte qu'on s'assure qu'autant sur le plan technique que sur le plan politique on fasse les ajustements nécessaires à mesure qu'on avance et on réalise vraiment, d'une part, de maintenir des paramètres nationaux pour assurer tous les Québécois et les Québécoises qu'ils ont les services de santé auxquels ils ont droit, mais, par ailleurs, d'autre part, d'éviter de faire, comme on a dit, du mur-à-mur et de pouvoir, à l'intérieur de ces paramètres-là, permettre aux régions – c'est le but de tout l'exercice, c'est un aspect important de toute la réorganisation du réseau – permettre à chacune des régions de bien adapter aux conditions de leur région et de leur population les services de santé et les services sociaux.

Dans le transfert des ressources, je disais tout à l'heure que ça a été essentiellement un transfert de ressources institutionnelles vers des ressources beaucoup plus légères, mais c'est peut-être important qu'on se rappelle quelques chiffres qui nous donnent un peu quels sont les paramètres et les objectifs qui sont visés. À titre d'exemple, ce qui a été beaucoup plus frappant dans le débat, évidemment, c'est les lits d'hôpitaux de courte durée. On sait qu'on est parti d'une situation où on était peut-être à peu près à 3,5 lits de courte durée par 1 000 habitants, pour atteindre quelque chose qui sera entre 2 et 2,5 lits par 1 000 habitants, ce qui est à peu près la norme reconnue à peu près dans le monde entier présentement pour des pays comparables.

Maintenant, ça, c'est une moyenne pour l'ensemble du Québec. Je pense que c'est ça qu'il faut avoir à l'esprit. C'est une moyenne pour l'ensemble du Québec. Ce qui veut dire que, dans certaines régions, une région universitaire, par exemple, on pourra trouver un taux un peu plus élevé parce qu'il y a là des ressources de niveau tertiaire qui desservent plusieurs régions, et que, dans d'autres régions, nécessairement et presque par conséquence, entre autres les régions tout près ou adjacentes à une région universitaire, on pourra trouver un nombre de lits qui va aller aussi bas que 1 à 1,5 lit par 1 000 habitants, dépendamment de la configuration géographique, là, des régions et des territoires à l'intérieur des régions.

Cette diminution de 3,5 à une moyenne entre 2 et 2,5, on se rappellera, ça va représenter, une fois tout l'exercice terminé, quand on réanalyse les plans de transformation des régies régionales, quelque chose de l'ordre d'à peu près 4 000 lits de courte durée qui auront été fermés ou transformés. Et ça aura permis – c'est ce qui est en cours présentement – d'avoir 4 000 nouvelles places, par ailleurs, peut-être même un peu plus, 4 000 nouvelles places d'hébergement et de soins de longue durée, mais de haute intensité, vraiment de soins de longue durée, qui sont calculées à 2,5, 3 et 3,5 heures de service par patient par jour. C'est vraiment un transfert direct en termes de lits. Ça aura permis, entre autres, et c'est en cours présentement, d'augmenter les services de maintien à domicile d'à peu près 40 % par rapport à ce qu'ils étaient avant de commencer cet exercice-là. Alors, je m'en tiens à ces quelques chiffres pour qu'on nous rappelle l'ordre de grandeur de ce que ça veut dire comme transfert de ressources, ce qui se fait présentement.

On se rappellera, M. le Président, que, sur le plan législatif, cet exercice nous a amenés à faire certains amendements à la Loi sur les services de santé et les services sociaux et à en annoncer d'autres pour la session actuelle. En juin dernier, il y a eu une modification importante qui a permis de compléter, d'avoir dans la loi un complément du processus de décision allant jusqu'à autoriser le gouvernement, le ministre autorisé par le Conseil des ministres, à pouvoir modifier le permis d'un établissement et à pouvoir aussi retirer le permis d'un établissement pour pouvoir faire cette transformation. Et je dois dire, après les débats qu'on a eus là-dessus et malgré, évidemment, certaines discussions vu l'importance de ce changement, que c'est un exercice qui s'est passé très correctement et que, dans la grande majorité des cas, tout le monde, maintenant, même ceux qui ont eu à subir les conséquences de décisions difficiles, sont vraiment tournés beaucoup plus vers l'avenir, presque en totalité, qu'à regarder encore avec nostalgie vers le passé.

Un autre élément qui a été très structurant dès le début de cette réorganisation, ça a été la création des centres hospitaliers universitaires. Mais je le rappelle, parce que ça a pu paraître, au début, comme un exercice différent, séparé, mais c'est un exercice qui découle de la même logique où on reconnaissait depuis un certain moment l'importance de rationaliser nos ressources pour tout ce qui sont les objectifs de recherche, de développement, de formation dans des domaines de haute technologie et de surspécialité. Et on a présentement, comparativement à la situation quand on se parlait l'an passé dans l'étude des crédits, une situation où il y a deux nouveaux CHU maintenant créés, dans la région de l'Estrie, avec l'Université de Sherbrooke, un CHU qui a été le produit de la fusion de trois établissements qui existaient déjà. Ce CHU a obtenu ses lettres patentes en juillet dernier. Et, par ailleurs, ici, dans la région de Québec, on a depuis décembre dernier un nouvel établissement aussi, qui est le Centre hospitalier universitaire de Québec, qui est aussi le produit de l'intégration, de la fusion de trois établissements. Dans la région de Montréal, il y a eu la reconnaissance du CHU pédiatrique du Québec, qui est l'hôpital Sainte-Justine. Et on a deux opérations qui évoluent très, très bien présentement, du côté de l'Université McGill et de l'Université de Montréal, pour la création, des deux côtés, de deux CHU qui vont être aussi le résultat d'une fusion de trois établissements, peut-être quatre dans une des deux situations.

Tout cet exercice a été possible parce qu'on a modifié de façon importante – et c'est une autre caractéristique de l'année qui vient de se terminer – la gestion des effectifs. Les conventions collectives ont été renouvelées considérablement, surtout au titre de la planification et de la gestion des effectifs, qui se fait essentiellement sur une base régionale maintenant en ce qui concerne le mouvement des effectifs et l'allocation des ressources humaines selon les types de services qu'on veut développer, les établissements demeurant, bien sûr, responsables de tout ce qui est l'organisation du travail.

L'approche nouvelle en ce qui concerne les effectifs impliquait aussi les effectifs médicaux, qui ont accepté de fonctionner à l'intérieur d'enveloppes fermées, avec des mécanismes qui maintiennent les enveloppes fermées. Et, présentement, à la suite de travaux de différents conseils qui avisent le ministère et le ministre soit au niveau de l'évaluation des technologies de la santé, au niveau du Conseil médical du Québec de même que le Conseil de la santé et du bien-être du Québec, il y a un mouvement important de questionnement et de réorganisation de la pratique professionnelle, autant chez les médecins que sur l'ensemble des employés du réseau.

Finalement, je voudrais rappeler, en termes de bilan de l'année – et je vois que le temps coule rapidement – que, en plus de toute cette réorganisation des ressources, d'établissements et d'effectif surtout, il y a eu beaucoup de développements du côté des programmes en ce qui concerne aussi l'aspect de prévention, promotion de la santé, et l'aspect, le côté social de tout ce que sont les problématiques dans le domaine de la santé et des services sociaux. Je rappellerai que, pour ce qui concerne les jeunes, par exemple, il y a eu maintenant une politique interministérielle; autant Santé et Services sociaux, Justice, Sécurité publique et Éducation sont impliqués dans une politique qui concerne la délinquance, et qui est le produit des travaux du comité du juge Michel Jasmin, qui a eu deux rapports de comité successifs qui ont donné toute une approche renouvelée en ce qui concerne la délinquance, ce qui est un peu unique en Amérique du Nord, quand on regarde ce qui se passe sous d'autres juridictions.

Il y a du travail important qui a été fait en ce qui regarde la prévention de la santé, du côté du tabac. Il y aura des déroulements législatifs en cours d'année, cette année. Du côté de la violence, et spécialement des agressions sexuelles, il y a là-aussi une politique interministérielle concernant les mêmes ministères, avec une application qui est maintenant en cours dans les régions. Il y a eu un renouvellement des orientations ministérielles en ce qui concerne la planification des naissances. Et, dans le domaine de la nutrition, pour donner un autre exemple, on a eu une autre publication, une autre enquête Santé Québec qui nous a donné des informations très importantes sur l'évolution des problèmes de nutrition et l'état nutritionnel de la population du Québec.

Tout ça nous amène aujourd'hui devant des crédits où on doit subir, absorber une compression, un effort budgétaire de l'ordre de 669 300 000 $, qui se répartissent globalement de la façon suivante. Quand on regarde le budget tel qu'il est géré, il y a un premier bloc de 320 000 000 $ qui est absorbé au niveau du réseau de la santé et des services sociaux. Là-dessus, il y a – on reviendra dans les détails dans notre discussion – 285 000 000 $ qui sont les établissements comme tels qui doivent l'absorber; et, ça, ça représente à peu près 85 000 000 $ de plus que ce qu'a été l'effort demandé aux établissements l'année dernière.

Du côté des programmes gérés par la Régie de l'assurance-maladie du Québec, il y a de ce côté-là un effort, cette année, de l'ordre de 340 000 000 $; c'est énorme comme effort. Et, avec une partie de ça qui est reliée – et je suis sûr qu'on en reparlera – au nouveau programme d'assurance-médicaments, qui ira presque à la hauteur de 200 000 000 $, et 140 000 000 $, qui est en partie d'autres économies qui seront faites du côté du médicament, pour peut-être quelque chose de l'ordre de 40 000 000 $, et de la rationalisation de l'ensemble des services qui sont gérés par les programmes d'assurance-maladie du Québec. Alors, c'est, globalement, comment le budget est réparti. Les autres instances du système absorbent le reste, et on pourra y venir dans les détails au cours de la discussion.

J'ai très peu de temps pour donner, et j'y reviendrai donc pendant notre discussion, ce qui est l'orientation pour la prochaine année. Je voudrais juste mentionner, M. le Président, que, du côté du réseau, l'effort va porter beaucoup sur tout ce qui est la stabilisation de cette transition au niveau de nos effectifs, qui va nous mener, sur une période de trois ans, à une diminution d'à peu près 10 % des effectifs dans ce secteur, à augmenter de beaucoup ou à continuer l'intensification de la rationalisation au niveau de l'ensemble des services de soutien, à consolider tout ce qui a été entrepris comme regroupement d'établissements et redéploiement de services dans les régions; et, finalement, j'ai mentionné ce qui a déjà commencé à se passer du côté de la pratique médicale.

Du côté de la Régie de l'assurance-maladie du Québec, je voudrais simplement mentionner qu'en plus de l'assurance-médicaments il faut voir une opération importante en ce qui concerne la révision de l'utilisation des médicaments, où on a cette année établi des ententes avec les ordres professionnels concernés pour avoir non seulement en établissement, mais ce qui se fait en ambulatoire aussi, une révision constante de l'utilisation des médicaments et des mécanismes qui seront efficaces pour diminuer l'utilisation; pas diminuer pour priver les gens des médicaments, mais pour rendre l'utilisation du médicament adaptée aux besoins. On sait qu'il y a beaucoup de problèmes de santé qui sont causés par une surutilisation de médicaments et par une mauvaise utilisation des médicaments.

Finalement, du côté de la prévention et de la promotion, qui est un aspect important qui va se dégager de notre exercice de transformation, en plus du tabac, il y a, dans le domaine des toxicomanies et de l'alcoolisme, un travail important qui a été fait, et je pense qu'on aura des consolidations à annoncer cette année. Il y a un programme dans le domaine du cancer, plus spécialement le dépistage du cancer du sein, qui devrait devenir opérationnel en cours d'année et il y aura une consolidation qu'on espère pouvoir voir de tout ce qui est le domaine de l'expertise et de la formation, en collaboration avec les universités, dans le domaine de la santé publique.

Je termine en rappelant que, pour tout le réseau communautaire, qu'on a réussi à protéger malgré les deux années de compressions où, cette année, on commence à voir l'effet, non seulement au niveau des CLSC pour le maintien à domicile, mais aussi des organismes communautaires, d'un transfert de ressources, l'on voit déjà un horizon qui se prépare, qui nous mènera beaucoup plus loin dans tout ce qui est le chantier du développement de l'économie sociale, qui va nous permettre de vraiment soutenir et développer le réseau communautaire comme un véritable partenaire. Et ça, ça va rejoindre les travaux qui se font à la suite de la conférence socioéconomique du Québec. On verra, à l'automne, j'en suis sûr, des mesures qui vont vraiment nous permettre de compléter ce qu'on a entrepris, mais de pouvoir le faire de façon beaucoup plus et réellement intersectorielle, autant au niveau central qu'au niveau des régions et même qu'au niveau local, dans des stratégies de développement des communautés locales. Merci, M. le Président.