|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Province*** | ***Législature*** | ***Session*** | ***Type de discours*** | ***Date du discours*** | ***Locuteur*** | ***Fonction du locuteur*** | ***Parti politique*** |
| Québec | 33e  | 2e  | Remarques préliminaires à l’étude des crédits | 12 avril 1989 | Mme Thérèse Lavoie-Roux | Ministre de la Santé et des Services sociaux, responsable de la Politique familiale | PLQ |

**Mme Lavoie-Roux :** Pour la quatrième année consécutive, j'ai le plaisir de présenter les crédits du ministère de la Santé et des Services sociaux. Mais, avant de faire une présentation, je ne sais pas s'il y a lieu... Je sais que M. Rochefort doit connaître assez bien les gens qui m'entourent. En tout cas, il y a le sous-ministre aux finances et à l'administration, M. D'Astous; le sous-ministre en titre, M. Cantin; M. Légaré, sous-ministre aux relations du travail - il y en a peut-être qui sont arrivés en cours d'année, vous avez raison - M. Gagnon qui agit comme sous-ministre par intérim au recouvrement de la santé; M. Vu, sous-ministre adjoint à la réadaptation et à l'hébergement; Mme Laberge, sous-ministre aux services communautaires et à la prévention, et M. Groleau, sous-ministre aux équipements. Comme il y en a juste un que j'ai laissé de côté et qui est dans la deuxième rangée, je vais vous le présenter: M. Caron, qui est à l'évaluation et à la planification.

M. le Président, comme je le disais, il me fait plaisir d'entreprendre avec vous aujourd'hui l'étude des crédits budgétaires du ministère de la Santé et des Services sociaux, pour l'année 1989-1990. Après trois ans à la direction du ministère, je suis à même de constater une bonification du système de santé et de services sociaux, générée par les nombreuses mesures mises de l'avant par le gouvernement dans des domaines aussi diversifiés que l'intégration des personnes présentant une déficience intellectuelle, la politique de la santé mentale, la mise en place du Conseil d'évaluation des technologies, la création du Bureau de coordination pour l'accès des communautés culturelles aux services de santé et aux services sociaux, le plan d'action pour la lutte contre le sida, les orientations ministérielles sur l'usage et l'abus des psychotropes, pour ne nommer que ceux-là.

L'événement le plus marquant est probablement la réflexion qui s'est poursuivie tout au long de l'année et qui a trouvé son aboutissement, il y a quelques jours, par le dévoilement du document d'orientations gouvernementales intitulé: "Pour améliorer la santé et le bien-être au Québec". Sans aucun doute, ce document fera l'objet de discussions au cours des heures que nous partagerons ensemble cette semaine.

L'année financière qui commence s'annonce fructueuse. Je suis heureuse de pouvoir affirmer à cette commission que notre gouvernement a choisi, encore une fois, d'investir de façon significative dans le régime de santé et de services sociaux. Nous aurons l'occasion de discourir davantage sur les mesures spécifiques que le gouvernement a retenues pour 1989-1990, qui constituent les jalons des actions futures.

La situation budgétaire en 1989-1990. Au cours des trois dernières années, le choix de privilégier l'amélioration de la qualité de vie des Québécois et des Québécoises ne s'est jamais démenti puisque la proportion des dépenses gouvernementales consenties pour les services de santé et les services sociaux est passée de 28,5 %, en 1985-1986, à 31,1 %, en 1989-1990. Cette année, le budget consenti à notre secteur atteint 10 300 000 000 $, comprenant 8 100 000 000 $ pour le ministère et le réseau et 2 200 000 000 $ pour les programmes administrés par la Régie de l'assurance-maladie du Québec. Le budget de mon ministère et de la Régie de l'assurance-maladie du Québec s'accroît donc, en termes absolus, de 664 000 000 $, somme qui représente 44 % de l'ensemble des nouveaux crédits alloués par le gouvernement du Québec pour 1989-1990. Plus spécifiquement pour mon ministère, la proportion des dépenses gouvernementales s'est accrue de 22,6 %, en 1985-1986, à 24,4 %, en 1989-1990, soit un gain appréciable de 1,8 %, si l'on tient compte de l'ensemble des dépenses gouvernementales.

Les établissements du réseau ont, quant à eux, bénéficié d'une injection d'argent neuf de près d'un demi-milliard soit 491 000 000 $, depuis le début du mandat, afin de concrétiser la volonté gouvernementale d'offrir plus et mieux à la population du Québec en termes de services de santé et de services sociaux.

Il faut préciser, M. le Président, que ces crédits additionnels excluent les crédits d'immobilisation, les crédits alloués au paiement des déficits accumulés par les centres hospitaliers de 1982-1983 à 1985-1986, les coûts reliés à l'application des conventions collectives, l'indexation des autres dépenses et, évidemment, l'augmentation des contributions au Régime d'assurance-maladie du Québec. Cette année, plus de 112 000 000 $ en crédits additionnels seront versés aux établissements.

Nous tenons à ce qu'aucune compression financière ne vienne hypothéquer une prestation de services de qualité, comme nos établissements l'ont durement expérimentée au début des années quatre-vingt. Pour la quatrième année consécutive, les établissements de notre réseau recevront donc la pleine indexation de leur budget.

En 1989-1990, le budget de mon ministère pour le fonctionnement du réseau, y incluant les crédits pour l'indexation des conventions collectives et l'indexation des salaires des cadres au montant total de 214 000 000 $, s'accroîtra de près d'un demi-milliard, soit 496 000 000 $. Cet accroissement de 6,5 % est nettement plus élevé que l'indice des prix à la consommation de 1989-1990, qui est estimé à 4,5 %, et est un peu plus bas que le produit intérieur brut du Québec, estimé à 7,5 %.

Cependant, il est important de souligner que les nouvelles ressources budgétaires rendues disponibles dans le secteur de la santé et des services sociaux ne seront pas prétexte à l'alourdissement des structures administratives, puisque la priorité de ce gouvernement demeure les services à la population. À titre d'exemple, dans ce contexte de rationalisation administrative, mon ministère devra fonctionner avec un budget réduit de 2,5 % et diminuer son effectif de 2 %. J'ajouterais que les conseils régionaux ne seront pas touchés par cette mesure de resserrement.

Au début de la quatrième année qui devrait coïncider avec la fin du premier mandat du gouvernement, à moins qu'on ne décide de faire comme nos prédécesseurs et d'entamer une cinquième année, il me semble opportun de faire état des interventions spécifiques prévues au budget de 1989-1990, mais également de reprendre certaines actions qui ont été faites, au cours des trois dernières années, dans le secteur de la santé et des services sociaux et qui ont souvent fait l'objet de discussions.

Le coût de système pour la santé. Les services hospitaliers demeurent, à n'en pas douter, un des secteurs névralgiques de notre système. En 1986-1987, le déficit accumulé par les centres hospitaliers atteignait des proportions qui ont obligé le gouvernement à intervenir afin, d'une part, de résorber ces déficits et, d'autre part, de responsabiliser les établissements pour qu'ils atteignent l'équilibre budgétaire. Pour résorber les déficits, le gouvernement versa alors 284 000 000 $ dans le réseau des centres hospitaliers.

Parallèlement à cette résorption des déficits, le gouvernement procéda à un réajustement des bases budgétaires en injectant 100 000 000 $ et introduisit, pour la première fois, un coût de système de 1 % pour permettre aux centres hospitaliers de faire face à la fois au vieillissement, qui, évidemment, amène un alourdissement de clientèle, et au développement de la technologie. À ce jour, aux fins de coût de système, c'est un montant de 166 200 000 $ qui a été investi dans le réseau des centres hospitaliers, incluant un montant de 45 200 000 $ pour l'année 1989-1990.

L'une des premières tâches à laquelle je me suis affairée à mon arrivée à la direction du ministère de la Santé et des Services sociaux a été de mettre en place des mesures pour améliorer l'accessibilité des salles d'urgence. Pour contrer les problèmes chroniques d'encombrement des urgences, je déposais, en 1986, un plan triennal visant l'amélioration de ces salles d'urgences des centres hospitaliers. Pour l'exercice 1989-1990, c'est d'un montant de 115 000 000 $ dont bénéficie le réseau à ce chapitre.

En sus des différentes mesures touchant l'organisation générale des centres hospitaliers, des rénovations fonctionnelles ont été autorisées dans plusieurs salles d'urgences afin de mieux répondre à la demande de services. On peut citer, notamment, l'hôpital Saint-Luc, l'Hôpital général du Lakeshore, l'hôpital Royal Victoria, le centre hospitalier Saint-Eustache, quoique là je ferais une précision: il s'agit tout de même d'un aménagement temporaire puisque c'est un très grand projet. Les véritables problèmes seront corrigés au moment de la mise en chantier, si je puis dire, du projet d'ensemble de l'hôpital Saint-Eustache. La situation était très aiguë, particulièrement du point de vue de l'espace. Alors, il y a aussi l'Hôpital Général de Montréal, le centre hospitalier de l'Université Laval, le centre hospitalier Saint-Vincent-de-Paul et l'hôpital Notre-Dame. Plusieurs autres projets sont également à l'étude. Mais I y a ici une autre erreur: dans le cas du centre hospitalier Saint-Vincent-de-Paul et de l'hôpital Notre-Dame, les autorisations ont été accordées, mais les travaux ne sont pas faits.

Par ailleurs, la clientèle des personnes âgées étant celle qui connaît le plus de séjours prolongés à l'urgence, plusieurs places ont été ouvertes en centres d'accueil d'hébergement et en centres hospitaliers pour soins prolongés, afin de diminuer la pression qu'occasionne ce phénomène sur les urgences hospitalières.

Sur les 1147 places prévues dans le plan annoncé au printemps 1986, 753 lits ont été ouverts. D'ici la fin de 1989, 300 autres places seront rendues disponibles, ce qui signifie que 1053 lits sur 1147 seront ouverts en janvier 1990. Pour les années subséquentes, finalement, 526 autres places... Mais je pense que ces chiffres ont changé. Ce sont des places qui sont déjà dans la machine. À cela va s'ajouter, évidemment, ce qui a été prévu dans les orientations gouvernementales. Alors, c'est déjà enclenché. Il faut noter que c'est dans le but de contrer l'impact négatif qui a résulté de certains délais dans la construction de nouvelles places d'hébergement et de soins prolongés que le gouvernement a autorisé l'octroi de 16 000 000 $ à des centres hospitaliers et à des centres d'accueil, dont 6 000 000 $ d'argent neuf, soit pour ouvrir des lits, soit pour convertir des lits d'hébergement en lits de soins de longue durée, pour pallier l'attente résultant de l'achèvement des nouvelles constructions.

Le bilan du plan d'action en matière de désengorgement des urgences est positif. Cependant, des mesures additionnelles, prévues dans les orientations que je rendais publiques un peu plus tôt cette semaine, devront être considérées pour poursuivre cette amélioration. À titre d'exemple, l'objectif de ramener à 10 % la proportion des lits de soins de courte durée occupés par des malades qui nécessitent des soins de longue durée aura, sans aucun doute, des effets bénéfiques sur les urgences hospitalières. Par contre, il ne faudrait pas penser qu'uniquement l'ajout de lits de soins de courte durée, c'est-à-dire le retrait de patients en soins de longue durée dans des lits de soins de courte durée, pourra résoudre les problèmes qui subsistent dans certaines urgences. Il faudra aussi revoir la question de la coordination de la gestion des lits, et c'est dans ce sens-là que, pour les établissements où il pourrait subsister des problèmes de congestion des urgences, mon ministère créera un groupe d'experts-conseils qui travaillera avec chaque centre hospitalier pour apporter les correctifs nécessaires aux problèmes internes qui peuvent être vécus.

Dans le domaine des investissements en immobilisations, évidemment, la bonification des services de santé implique souvent des améliorations au parc immobilier du réseau. Des crédits de l'ordre de 361 000 000 $, en 1986-1987, et de 308 000 000 $, en 1987-1988, incluant les enveloppes décentralisées aux conseils régionaux, ont été consentis à cette fin. Les projets de construction dans le réseau de la santé et des services sociaux impliquent que de nouveaux crédits doivent être injectés pour rendre opérationnels les lits additionnels et les services supplémentaires dans les établissements. Un montant de 18 500 000 $ sera ajouté à cette fin, en 1989-1990. C'est ainsi que 30 lits "surspécialisés'' en pédiatrie et 19 lits pour des services de néonatalogie, dans la région de Québec, seront rendus disponibles. Quant à elle, la région du nord de Montréal bénéficiera cette année d'un accroissement de services par l'ajout de 65 lits au centre hospitalier l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme et d'un ajout significatif de 1 600 000 $ de crédits au centre hospitalier de la Cité de la santé de Laval. L'ajout de ces crédits permettra de répondre aux besoins d'un secteur en expansion démographique. On ouvrira également, dans la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean, 24 nouveaux lits au centre hospitalier de Dolbeau.

Concernant les équipements de haute technologie, l'investissement gouvernemental a été de l'ordre de 20 000 000 S, en 1987-1988, et de 21 100 000 $, en 1988-1989. En ce qui a trait à 1989-1990, il faudra évidemment attendre l'approbation des budgets d'immobilisation, ce qui se fait généralement en mai ou encore, parfois, à l'occasion du discours sur le budget.

En ce qui a trait aux services ambulanciers, il s'agit évidemment d'un dossier qui a retenu beaucoup l'attention cette année. Une révision en profondeur s'imposait afin d'offrir, dans tout le Québec, des services accessibles et de qualité. Nous avons donc modifié le système de distribution des services ambulanciers, dans le but de stabiliser l'emploi dans ce secteur d'activité et de permettre une meilleure formation des employés qui sont souvent les premiers intervenants lors d'une urgence. La préoccupation gouvernementale visait également à rendre les entreprises autosuffisantes sur le plan financier.

Dans le cadre de cette réforme, une corporation à but non lucratif, chargée de dispenser les services, a été créée dans la région métropolitaine de Montréal, corporation à laquelle ont été intégrés les techniciens ambulanciers. Dans les autres régions, mon ministère incite les différentes entreprises à signer un contrat de services avec le conseil régional. Cette réforme a évidemment un impact financier pour le ministère et des injections supplémentaires de 54 000 000 $ seront ainsi consenties pour le transport ambulancier.

La formation des médecins résidents et internes. La formation des médecins demeure un élément clé sur lequel repose la qualité des soins offerts dans notre réseau québécois de santé. Afin de mieux préparer les candidats à l'omnipratique en les confrontant, entre autres, au défi de l'intervention multidisciplinaire, le gouvernement a décidé d'allonger d'un an la période de stage pour ces candidats. Ce n'est pas le gouvernement, j'allais corriger. C'est la Corporation des médecins. Je m'excuse. Ces stages devront s'effectuer dans les unités de médecine familiale des centres hospitaliers ou des centres locaux de services communautaires.

Ainsi, les crédits destinés à la formation des futurs médecins augmenteront de 6 000 000 $ cette année. Conséquemment, le budget des unités de médecine familiale s'accroîtra de

900 000 $ pour couvrir les coûts additionnels de fonctionnement occasionnés par l'accroissement du nombre de stagiaires.

Enfin, la seconde année de stage amène un accroissement des dépenses au chapitre de la rémunération versée aux futurs médecins en omnipratique. Nous avons ainsi ajouté 2 400 000 $ à la masse salariale des médecins résidents et internes, en sus de l'augmentation des crédits prévus pour pourvoir à l'augmentation de l'échelle des salaires.

De par la mission même qui lui est confiée, mon ministère a une responsabilité au premier chef envers les personnes ou groupes d'individus qui, confrontés à des problématiques particulières, ont besoin du soutien de l'État et de la communauté pour y faire face. Au cours des dernières années, mon ministère a fait des efforts particuliers auprès de plusieurs clientèles cibles particulièrement vulnérables, afin d'améliorer la qualité et la quantité des services qui leur sont offerts et de rendre disponibles des services à des personnes ayant des besoins nouveaux.

On se souviendra, notamment, que des crédits additionnels de l'ordre de 7 000 000 $ avaient été consentis l'an dernier dans le secteur de la déficience mentale, 3 900 000 $ dans celui de l'alcoolisme et de la toxicomanie et 1 000 000 $ pour pallier à l'accroissement de volume dans les centres d'accueil pour personnes ayant une déficience physique.

En 1989-1990, l'action de mon ministère auprès de certaines clientèles cibles sera marquée par la continuité, en ce qu'elle permettra de rendre plus efficientes les mesures déjà adoptées et d'accentuer notre intervention par la mise en œuvre de nouvelles mesures, notamment pour le sida, la santé mentale et, dans la deuxième phase du plan, l'alourdissement des clientèles et le maintien à domicile. De fait, à l'endroit des personnes âgées, nous poursuivons cette année l'effort de 23 000 000 $ versés en 1988-1989 par une somme additionnelle de 22 200 000 $ pour les services aux aînés.

Passons maintenant à la promotion de la santé qui, je le souhaite, va prendre de plus en plus de place avec les orientations gouvernementales. La vision que nous avons des clientèles particulièrement vulnérables et l'attention que nous portons aux problèmes de santé publique doivent aujourd'hui compter avec cette réalité nouvelle que constitue le sida. Elle est peut-être un peu moins nouvelle, mais, malheureusement, elle est près d'atteindre son dixième anniversaire quant à ses premières manifestations au Québec. Les coûts médicaux, mais surtout sociaux, qu'il implique nous ont dicté d'y accorder au plan épidémiologique une attention immédiate et très sérieuse. Depuis trois ans, mon ministère n'a ménagé aucun effort pour s'acquitter des responsabilités qui lui incombent à cet égard tant au plan de l'information, de l'éducation, de la prévention que du traitement.

À l'été 1987, lors du dévoilement de la première phase du plan d'action de mon ministère, un groupe de travail était chargé de fournir les éléments nécessaires à l'établissement d'un plan global de prévention, de prise en charge et de contrôle du sida. S'inspirant des recommandations de ce groupe d'experts, le gouvernement a entériné, en décembre dernier, la deuxième phase d'un plan d'action s'échelonnant sur trois ans et impliquant des sommes additionnelles de 21 000 000 $ aux sommes déjà consenties en 1986. Cela signifie, en 1989-1990, l'ajout de 7 000 000 $ d'argent neuf, ces sommes excluant le coût du traitement des patients à l'AZT estimé, cette année, à 3 500 000 $.

(…)

Sur le plan d'action concernant le sida, je ne développe pas davantage. J'aimerais ajouter, au bas de la page 17, qu'il me fait également plaisir d'annoncer que mon ministère ajoutera aussi cette année près de 6 700 000 $ de plus à la subvention qu'il verse à la Croix-Rouge du Canada pour permettre à cet organisme de faire face à l'augmentation des coûts unitaires des facteurs de coagulation VIII et IX destinés au traitement des hémophiles. Ces facteurs, destinés au traitement des hémophiles, font l'objet de nouvelles exigences de la part des agences de régulation afin d'accroître la sécurité de ces produits en regard d'infections comme le sida et les hépatites.

Mon ministère est de plus engagé dans plusieurs autres actions visant la promotion de la santé. Entre autres, nous nous sommes associés au ministère fédéral de la Santé nationale et du Bien-Être social, à Radio-Canada et à d'autres partenaires du secteur privé pour la diffusion d'une émission d'information sur les problèmes de santé intitulée, "Comment ça va?" conjointement avec Radio-Québec et Télé-université, mon ministère a participé à la réalisation d'une autre émission s'adressant aux personnes de 60 ans et plus et abordant les joies et les difficultés de la retraite.

Je voudrais encore mentionner quelques-uns des nombreux programmes dans lesquels mon ministère s'est engagé en matière de promotion de la santé, dont un programme de prévention des accidents de la route, de concert avec la Régie de l'assurance automobile du Québec, un programme de promotion de l'activité physique avec le ministère du Loisir, de la Chasse et de la Pêche et un programme de prévention des maladies cardio-vasculaires en collaboration avec certains CLSC et certains DSC.

Je ne reviens pas sur la santé mentale. Je pense qu'on a déjà eu l'occasion d'en parler ou on pourra y revenir, de toute façon.

Du côté des personnes victimes de violence, nous arrivons à la troisième année du plan de financement des maisons d'hébergement pour femmes en difficulté et victimes de violence, où s'ajouteront 4 000 000 $ aux 6 000 000 $ qui avaient été ajoutés en 1988-1989...Excusez-moi, c'est 1 400 000 $.

De plus, dans le but d'agir d'une façon plus complète sur le phénomène de la violence conjugale, mon ministère, en concertation avec d'autres ministères, s'est préoccupé du traitement des conjoints violents en procurant aux divers groupes des outils d'intervention et en finançant un certain nombre de projets communautaires. Non reconnus il y a trois ans encore, dix organismes engagés dans le traitement des conjoints violents sont maintenant financés par le ministère.

Dans le cas des jeunes en besoin de protection, je voudrais simplement rappeler que, depuis l'exercice financier 1986-1987, le gouvernement a investi chaque année des sommes additionnelles au budget prévu pour résorber et régler les problèmes des listes d'attente. Près de 8 000 000 $ en crédits de développement ont été injectés dans ce secteur, dont 3 000 000 $ en 1988-1989. Cet effort financier a porté fruit, mais pas suffisamment à mon goût, puisque, en moins d'un an, la liste d'attente a été réduite de 25 %. Il y avait 4178 cas en juin 1988 et il y en avait 3162 le 3 mars 1989, en termes d'AEO, évaluation, orientation et accueil.

Si l'amélioration de la situation est certaine, il n'en demeure pas moins que des inquiétudes légitimes subsistent sur la capacité de notre système de protéger nos enfants

victimes d'abus physiques ou sexuels. Pour cette raison, la gestion de la liste d'attente en protection de la jeunesse fait l'objet d'un suivi serré de la part des conseils régionaux, des centres de services sociaux et du ministère. Il existe maintenant, dans tous les centres de services sociaux, des critères leur permettant de donner la priorité aux cas signalés à l'intervention des DPJ. Ainsi, il ne devrait plus y avoir de situations d'abus physiques ou sexuels sur les listes d'attente.

En plus des investissements financiers, le ministère a également regardé les modes de fonctionnement des directions de la protection de la jeunesse en vue d'améliorer les services de protection des jeunes et d'en accroître l'efficacité. Le rapport Harvey a fait ressortir le besoin d'une plus grande uniformité dans le processus et le besoin d'une base de données comparables. Il a également émis l'opinion que l'ajout de ressources ne pouvait pas être la solution unique, mais qu'il fallait regarder le fonctionnement du système dans son ensemble. Ces mesures ont commencé à être implantées, mais leur implantation totale se poursuivra au cours de 1989-1990. On pourra, à ce moment-à, mesurer davantage les effets significatifs que l'application du rapport Harvey devrait connaître au cours de cette année.

Le plan d'effectifs médicaux, je pense que je n'en parlerai pas; on y reviendra sans aucun doute. Je veux simplement vous dire que les plans d'effectifs médicaux pour les médecins en omnipratique et les médecins spécialistes sont approuvés dans sept régions du Québec. Les plans de la région de l'Estrie devraient être approuvés sous peu. Des discussions se déroulent actuellement avec les conseils régionaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean, de Québec et du Montréal métropolitain.

Pour l'atteinte de cet objectif prioritaire pour mon ministère, un montant de 2 000 000 $ a été prévu à l'intérieur de l'enveloppe accordée à titre de coût de système pour défrayer les coûts additionnels de fonctionnement à la suite de l'arrivée de médecins dans les centres hospitaliers. J'ose espérer que nous terminerons, avec nos partenaires régionaux, l'adoption des plans d'effectifs médicaux le plus rapidement possible.

Au plan de la recherche, il y a également, dans le document d'orientations, des mesures très précises qui sont proposées pour favoriser la recherche non seulement au plan de la santé, mais également au plan social, et aussi pour mettre l'accent, entre autres, sur la recherche évaluative et la recherche épidémiologique qui demeurent des champs de recherche plus faibles.

Finalement, l'évaluation des programmes demeure et devra demeurer. Je pense que l'un des points forts des orientations que j'ai présentées, c'est cette préoccupation à l'égard de l'évaluation des programmes afin que soit mesurée le plus exactement possible l'efficience des programmes mis sur pied. C'est ainsi que j'ai autorisé, avant tout développement important de programmes, des sommes spécifiques aux fins d'évaluation. Le financement de l'évaluation des mesures de désengorgement des urgences en santé mentale et en déficience intellectuelle est un exemple de cette orientation. Il en va de même pour les développements que nous ferons cette année en santé mentale et dans le secteur de la promotion de la santé.

En terminant, M. le Président, je voudrais remercier les membres de la commission de leur patience et leur dire que, même si des choses importantes sont faites quotidiennement et annuellement, cette étude des crédits nous permet de faire le bilan sur un plan annuel. Il reste encore énormément de défis à relever compte tenu de l'alourdissement relié particulièrement au vieillissement, avec tout ce que ceci entraîne, et aussi de la complexité toujours plus grande d'un bon nombre de problématiques sociales. Je pense que, déjà, on peut trouver dans le document d'orientations des actions qui vont continuer le travail déjà amorcé à plusieurs points de vue, comme le signale d'ailleurs le document, mais également des mesures plus précises dans d'autres champs d'action devront être amorcées dans les meilleurs délais. Je vous remercie.