|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Province*** | ***Législature*** | ***Session*** | ***Type de discours*** | ***Date du discours*** | ***Locuteur*** | ***Fonction du locuteur*** | ***Parti politique*** |
| Québec | 37e  | 1re  | Remarques préliminaires à l’étude des crédits | 17 mai 2005 | M. Philippe Couillard | Ministre de la Santé et des Services sociaux  | PLQ |

**M. Couillard:** Merci, M. le Président, et également mes salutations aux collègues de l'Assemblée nationale. L'étude des crédits nous fournit donc, chaque année, l'occasion comme parlementaires de mettre en perspective et de commenter les choix budgétaires du gouvernement. Et cette mise en perspective doit se faire notamment en comparant les logiques et les choix qui sont faits par l'actuel gouvernement et en les mettant en opposition aux choix qui ont été faits par nos prédécesseurs.

Il faut dire que, de ce côté, il est important de faire cette mise en parallèle des années précédant notre arrivée au gouvernement, puisque le réseau de santé et de services sociaux, M. le Président, porte encore les cicatrices de ces années qui ont précédé 2003. Par exemple, l'historique des budgets de dépenses des 10 ou 12 dernières années révèle, au milieu des années quatre-vingt-dix, une longue période de stagnation. Ainsi, les dépenses de santé et de services sociaux étaient plus basses en 1997-1998 qu'en 1993-1994. Et, si on analyse en termes réels, compte tenu de l'inflation, bien sûr le déclin est encore plus prononcé. C'est d'ailleurs ce qui a compromis le succès de réforme, par ailleurs prometteuse, mise de l'avant à l'époque par mon prédécesseur, M. Jean Rochon, au premier chef le virage ambulatoire.

On a par la suite procédé à certains réinvestissements mais de façon, je dirais, maladroite. Par exemple, en 2000-2001, le gouvernement précédent a effacé les déficits budgétaires des établissements et rehaussé les bases budgétaires à hauteur de près de 900 millions, mais sans poser les gestes structurants qui auraient permis d'assurer la pérennité de cet effort. Avec les résultats que malheureusement ces sommes, qui auraient pu être empruntées et utilisées pour des ajouts de services à la population, ont été littéralement englouties dans une opération sans lendemain.

Une autre des grandes erreurs des années précédentes a été de ne pas prévoir, année après année, un niveau d'indexation suffisant, en particulier pour l'augmentation des coûts de système propres à la santé, qui servent à éponger l'augmentation du coût des médicaments d'établissement, des fournitures ou des dépenses supplémentaires générées par le vieillissement de la population.

On a également annoncé ― et c'est un scénario qui s'est répété à de nombreuses reprises ― des nouvelles constructions, l'agrandissement d'installations, l'achat d'équipements spécialisés sans fournir aux établissements les budgets de fonctionnement afférents aux nouveaux services qu'on leur demandait de fournir. C'est pour cette raison que, de notre côté, depuis notre arrivée au gouvernement, nous avons toujours fourni ces budgets de fonctionnement lorsque les nouvelles installations, les nouveaux équipements augmentaient le niveau de services offerts à la population.

On a donc noté également... J'ai mentionné le virage ambulatoire. Celui-ci aurait normalement dû s'accompagner à l'époque de réinvestissements massifs dans les soins à domicile. Mais, si on observe ce qui s'est produit dans ces années-là, dans la deuxième moitié des années quatre-vingt-dix, la hausse des budgets réservés au soutien à domicile n'a même pas suivi le rythme de l'inflation, de sorte qu'en termes réels il y a eu régression des dépenses dans ce domaine.

Par comparaison, M. le Président, les deux premières années de notre gouvernement ont été marquées par plusieurs décisions que je qualifierais à la fois de courageuses et de structurantes. D'abord, le regroupement d'établissements donnant lieu à la formation de 95 réseaux locaux de services, qui a permis de passer de 350 établissements publics, en 2003, à moins de 200, en 2005. Et parallèlement, bien sûr, la loi n° 30 qui a donné lieu à un important processus, qui aurait dû avoir lieu auparavant, de réduction du nombre d'accréditations syndicales, dont le nombre passera de près de 4 000 à moins de 1 000. On sait que c'est un geste qui avait longtemps tardé, assorti d'une impulsion nouvelle donnée par la loi n° 30 aux négociations locales, qui, pour certains éléments, seulement certains éléments, facilitera l'organisation du travail et procurera aux gestionnaires locaux et aux travailleurs de ces établissements une meilleure marge de manœuvre.

Il est clair, M. le Président, que les investissements importants que nous avons faits dans le réseau de la santé et des services sociaux depuis notre arrivée, qui atteignent 3 milliards, en tenant compte du budget qui vient d'être présenté, ont eu des résultats sur les services à la population. Par exemple, 7 366 personnes de plus ont bénéficié d'une chirurgie nécessitant une hospitalisation; 2 450 de plus, une chirurgie du genou; 1 050, une chirurgie de la hanche; plus de 20 000 personnes de plus ont bénéficié d'une chirurgie d'un jour et, de ce nombre, plus de 17 000, d'une chirurgie de la cataracte. Globalement, on note des augmentations respectives de 60 %, 28 % et 30 % de production chirurgicale pour les interventions du genou, de la hanche et des cataractes. Et, dans le cas des cataractes, le nombre de patients hors délai a significativement diminué depuis les derniers mois. Ces résultats ont notamment été obtenus par le regroupement de ces interventions dans un plus petit nombre d'établissements, ce qui améliore l'efficacité.

Du côté de la cardiologie tertiaire, la liste d'attente est passée de 1 800 à 1 456 patients en 2003, puis à 916 le 31 mars dernier, ce qui correspond à une diminution de près de 40 %. La liste d'attente en radio-oncologie ― et il faut continuer les efforts de ce côté ― est également diminuée de façon importante, puisqu'elle est passée de 935 patients en mars 2004, à moins de 880 en avril-mai 2005. Le nombre de patients atteints de cancer du sein et de la prostate en attente de traitement depuis plus de huit semaines diminue de façon progressive, et c'est important si on compare à la situation qui a été observée. Cependant, ce n'est pas suffisant, nous voulons que ce nombre soit le plus restreint possible et s'approche de zéro, de sorte que nos efforts se poursuivent dans ce domaine de façon encore une fois structurante.

Dans les urgences, si souvent mises à mal au cours de la dernière décennie, on répond de mieux en mieux à la demande, et, malgré l'augmentation de l'achalandage et de la lourdeur des patients, le taux de personnes ayant séjourné 48 heures et plus a été réduit de 6,8 % à 5,7 %. Ça veut dire, ça, M. le Président, plus de 8 300 personnes de moins qui ont eu à séjourner plus de 48 heures dans nos salles d'urgence. Ces succès et ceux qu'on a observés pour les autres indicateurs, qui ont été améliorés pour la première fois en cinq ans, s'expliquent notamment par le fait que nous avons soutenu efficacement nos urgences, surtout les 35 qui sont visées par des plans d'action intensifs. Et l'expérience montre que, lorsqu'un hôpital se dote d'un tel plan, qu'il est bien soutenu au niveau régional, ministériel et par son équipe de travailleurs... et de professionnels, les résultats sont rapidement au rendez-vous.

Pour ce qui est des services médicaux de première ligne, on compte maintenant plus de 100 groupes de médecine de famille répartis sur l'ensemble du territoire, avec plus de 500 000 patients inscrits. Ces accréditations vont se poursuivre en 2005-2006, et nous pouvons maintenant compter sur une forme d'organisation complémentaire, celle des cliniques réseau, dont les premières seront accréditées à Montréal, d'ici quelques semaines, comme nous l'avons annoncé au cours des derniers jours.

Un autre élément important pour la population et prioritaire pour le gouvernement est l'amélioration significative du maintien à domicile pour les personnes âgées en perte d'autonomie. Ainsi, l'an dernier, 27 400 personnes âgées de plus qu'en 2002-2003 ont bénéficié de services dans leur milieu de vie. Cette augmentation de 20 % a permis de réaliser plus de 690 000 interventions additionnelles à domicile. Nous avons aussi favorisé de nouveaux modes d'hébergement, comme nous l'avions expliqué lors des premières études de crédits, dans la communauté en vertu de l'initiative intitulée Pour un nouveau partenariat au service des aînés. À travers ce partenariat, nous voulons permettre aux personnes en perte d'autonomie d'obtenir les services de longue durée dont elles ont besoin tout en demeurant dans leurs communautés, en évitant la rupture avec le conjoint ou un autre proche qu'entraîne malheureusement l'institutionnalisation en CHSLD.

Rappelons les visites d'agrément, les visites d'appréciation des CHSLD, dont le résultat a été uniformément salué et qui vont se poursuivre et s'étendre à d'autres milieux de vie au cours des prochains mois. Je rappelle également l'allocation d'une somme de 35 millions de dollars, en 2004-2005, pour des rénovations fonctionnelles dans les CHSLD, et je suis heureux d'annoncer, M. le Président, que cette somme se répétera en 2005-2006. Il y aura une autre enveloppe de 35 millions de dollars pour les rénovations fonctionnelles en CHSLD, au cours de l'année 2005-2006.

Sur la question de la santé mentale, qui nous préoccupe tous énormément, je suis heureux que nous ayons pu bonifier les services de première ligne pour les enfants. Ça a contribué à desservir 900 enfants de plus, d'où une réduction de 20 % du nombre de jeunes en attente de services spécialisés. Et, du côté des adultes également, le suivi intensif dans la communauté a été intensifié pour les personnes se présentant à l'urgence pour un problème de santé mentale. On aura l'occasion d'en discuter de façon plus approfondie.

Du côté de la santé publique, la dernière année a été marquée par plusieurs initiatives importantes. Par exemple, l'action du Québec dans la lutte contre le virus du Nil occidental est maintenant reconnue. On n'a d'ailleurs signalé, chez nous, qu'un seul cas humain en 2004 contre une vingtaine l'année précédente. Un vaccin contre le pneumocoque a été ajouté au calendrier d'immunisation. La lutte contre les infections nosocomiales bien sûr, qui a été au centre des préoccupations du public au cours de la dernière année, a par ailleurs été menée avec beaucoup d'énergie, notamment grâce au budget de soutien de 20 millions de dollars accordé par le gouvernement. Les équipes sont maintenant bien sensibilisées à ce phénomène et à l'importance de la prévention, les effectifs en infirmières de prévention ont été augmentés au niveau requis, c'est-à-dire une infirmière par 133 lits de courte durée, et, comme on le sait, un système de surveillance est en cours pour le Clostridium difficile et potentiellement d'autres types d'infections nosocomiales qui pourraient nous menacer. La campagne de promotion de saines habitudes de vie en matière d'activité physique et d'alimentation se poursuit, et c'est dans ce même esprit que j'ai présenté, il y a quelques jours, le projet de loi n° 112 sur la révision de la Loi sur le tabac dont nous commencerons l'étude au cours des prochains jours.

J'aimerais maintenant enchaîner sur un thème également qui est au cœur de nos préoccupations, celui de la main-d’œuvre et de la pénurie que nous avons dans plusieurs professions: médecins, pharmaciens, infirmières, orthophonistes, ergothérapeutes, physiothérapeutes, inhalothérapeutes, technologues en radiodiagnostic. Il faut donc réinvestir et mieux planifier cette main-d’œuvre, et nous sommes particulièrement actifs dans ce domaine. Et, dans le cas particulier des effectifs médicaux, beaucoup d'efforts ont été consacrés de façon à gérer les plans d'effectifs de façon plus rigoureuse que ce qui était observé au cours des dernières années.

Par exemple, pour la période s'échelonnant du 1er juillet 2002 au 1er mars 2005, l'effectif médical dans les spécialités de base: anatomopathologie, anesthésie, chirurgie générale, médecine interne, etc., a connu une croissance nette de 10,1 % en région éloignée, 10,2 % en région intermédiaire, 6,4 % en région périphérique et 1,1 % en région universitaire, ce qui consacre le choix déterminé et net de notre gouvernement pour le soutien des effectifs médicaux en région. Du côté de l'omnipratique, le plan régional que nous avons convenu avec la Fédération des médecins omnipraticiens permet également d'atteindre des objectifs d'équité interrégionale. Il faut dire bien sûr que ces pénuries de médecins restent encore importantes. Le nombre de nouveaux médecins reste faible, puisque nous assistons, ces années-ci, à la graduation de très petites classes de facultés de médecine qui ont été admises à la fin des années quatre-vingt-dix.

Un autre moyen d'action dont nous disposons maintenant est Recrutement Santé Québec. Il s'agit de la nouvelle porte d'entrée pour la très grande majorité des médecins détenteurs d'un diplôme d'une faculté à l'extérieur du Canada et des États-Unis qui souhaitent obtenir un permis restrictif. Jusqu'à maintenant, cet organisme a réalisé 96 parrainages avec 36 établissements différents situés dans 12 régions du Québec.

Les infirmières voient leur rôle augmenté, c'est une tendance qui sera observée au cours des prochaines années dans le système de santé. Vous aviez annoncé, en 2003, un programme de 9 millions de dollars pour former des infirmières praticiennes spécialisées pour l'instant dans trois spécialités: la cardiologie, la néphrologie et la néonatalogie. De telles professionnelles seront diplômées d'ici la fin de 2005, une première au Québec, M. le Président, dont je suis très heureux. D'autre part, l'implantation de l'infirmière praticienne de première ligne demeure une priorité nette pour le gouvernement et particulièrement pour celui qui vous parle. Ceci devra se faire, dans un premier temps, par le biais d'un projet pilote, sans doute d'ici la fin de l'année en cours. Et je dois saluer là-dessus la collaboration de la Fédération des médecins omnipraticiens, de l'Ordre des infirmières et du Collège des médecins qui cheminent ensemble assez rapidement dans ce dossier.

Il y aurait encore beaucoup à dire sur les réalisations des deux dernières années, mais je veux bien sûr garder un peu de temps pour présenter dans ses grandes lignes le budget des dépenses 2005-2006 en santé et services sociaux. Comme vous le savez, il s'établit à 20 862 000 000 $, soit 826 millions de plus par rapport aux dépenses probables de l'année dernière; cela porte à environ 3 milliards le réinvestissement que nous avons assuré depuis notre arrivée. Et il faut également se réjouir du fait que de plus en plus les sommes accordées vont pouvoir être affectées en fonction des priorités locales et régionales. Parce qu'on le sait bien, M. le Président, toutes les régions et tous les territoires locaux ne sont pas identiques, notamment sur le plan démographique et socioéconomique ou encore quant au niveau observé de développement de différents services. Les nouveaux modes d'allocation des ressources permettront aux choix cliniques de s'exprimer en meilleure adéquation avec les besoins identifiés dans chaque milieu. On peut donc parler de cohérence de gestes posés en matière d'organisation et de financement.

M. le Président, outre la croissance naturelle des coûts de système, qui sont entièrement assurés encore une fois cette année, voici comment vont se répartir les sommes ajoutées au cours de l'année 2005-2006: 102 millions de dollars récurrents seront consacrés au développement de services à la population; 30 millions de dollars permettront de couvrir les dépenses de fonctionnement liées à des installations rehaussées ou à l'achat d'équipement spécialisé; 75 millions seront utilisés à titre de la deuxième année de notre entreprise de rehaussement des bases budgétaires, pour poursuivre les efforts visant à résorber, d'ici 2007, les déficits d'opération des établissements du réseau; et 113 millions de dollars viendront couvrir l'évolution des coûts qui sont spécifiques à la santé, comme l'achat de médicaments par les établissements, par exemple, pour la chimiothérapie ou encore les nouvelles technologies de la santé.

Pour ce qui est du développement des services, les 102 millions s'ajoutent aux 478 millions que nous avons investis au cours des deux années précédentes. Et j'insiste sur un élément important: comme il s'agissait toujours de mises de fonds récurrentes, leurs effets se font encore pleinement sentir dans les domaines que j'ai évoqués plus tôt et continueront à se faire sentir au cours des prochaines années, particulièrement dans le secteur de l'amélioration des services médicaux de première ligne, le désengorgement des urgences, l'amélioration de l'accès aux services spécialisés, la lutte contre le cancer.

Le réinvestissement de cette année comprend notamment une somme tout à fait nouvelle de 50 millions de dollars que les différents milieux pourront affecter à leurs propres priorités dans les deux domaines suivants: la santé mentale de même que les soins et services de longue durée aux aînés en perte d'autonomie, que ce soit dans la communauté ou en CHSLD. Parce qu'il faut le répéter: Le renforcement du palier local favorise une meilleure emprise des collectivités sur des décisions importantes. Qu'on parle de services en santé mentale ou en services aux personnes en perte d'autonomie, les décisions peuvent maintenant se prendre en tenant mieux compte des caractéristiques et des besoins de la population de chaque territoire. Par exemple, un milieu pourrait avoir pris de l'avance pour les soins à domicile mais du retard en santé mentale. L'affectation des sommes accordées permettra de rétablir un certain équilibre.

De plus, les ententes de gestion entre le ministère et les agences, d'une part, et les agences et les établissements, de l'autre part, se déploieront selon une logique ascendante, de la base vers le sommet, plutôt que selon une approche descendante qui viendrait imposer aux milieux locaux des affectations entièrement définies au ministère et au niveau des agences. Je signale que les 50 millions accordés seront soutenus par deux plans d'action, qui paraîtront sous peu, sur les services en santé mentale et sur les services aux aînés en perte d'autonomie. Dans les deux cas, il y a eu consultation des milieux concernés, ce qui, j'en suis convaincu, assure des assises très solides à ces deux plans d'action auxquels les députés et la population auront bientôt accès.

Une autre priorité, M. le Président, de notre gouvernement est la santé des populations autochtones. Des crédits supplémentaires de près de 11 millions de dollars seront affectés, cette année, aux services destinés à la communauté crie. Cette somme permettra la mise en œuvre de l'entente conclue récemment avec les Cris sur le financement des soins de santé, dans la foulée de la «Paix des Braves». M. le Président, on sait que les dispositions de la Convention de la Baie James relatives à la santé n'avaient jamais pu, en 30 ans, être pleinement mises en vigueur, notamment en raison de contestations judiciaires de la part des Cris. La nouvelle entente permet maintenant de lever pleinement tous ces malentendus. Elle prévoit en outre une augmentation des budgets de fonctionnement de 40 millions de dollars en cinq ans, ce qui est considérable.

En santé publique, une somme récurrente de 16 millions de dollars permettra de financer la nouvelle couverture vaccinale des enfants, ce dont j'ai parlé plus tôt. Et je crois que c'est essentiellement grâce à des bonnes pratiques d'immunisation que nous avons pu, au cours des dernières décennies, contrôler ou éliminer bon nombre de maladies infectieuses. Une somme de 11 millions de dollars, non récurrente celle-là, permettra en outre au Québec de constituer une réserve d'antiviraux dans la perspective d'une éventuelle pandémie de grippe à laquelle nous devons en toute responsabilité nous préparer même si nous ne savons pas quand elle pourrait survenir.

Je glisse sur les budgets supplémentaires accordés en réadaptation pour les jeunes en difficulté et pour les dépendances, puisque ma collègue y fera référence ultérieurement. Je dirais simplement que, sur une base annuelle, les sommes réinvesties dans ces domaines s'élèvent à 25 millions de dollars, ce qui ouvre évidemment, pour les milieux locaux et régionaux, un potentiel de développement important.

Je conclurai en évoquant rapidement, même s'il s'agit d'un élément distinct du budget des dépenses, les sommes importantes qui sont prévues pour les immobilisations. Les nouveaux investissements prévus atteindront 1,2 milliard de dollars échelonné sur trois ans, ce qui exclut, il faut le dire, les deux projets des centres hospitaliers universitaires de Montréal. Donc, on a vu, au cours des derniers jours, des dernières semaines, de nombreuses annonces de projets de construction en région, dans les installations de santé et de services sociaux. Cette somme sera affectée à des projets de construction et de rénovation, à l'amélioration de la qualité de vie dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée, à l'amélioration des salles d'urgence, à l'acquisition d'équipements de haute technologie, notamment en radio-oncologie, cardiologie et imagerie médicale.

Il faut ajouter également le fait, M. le Président, que, pour la première fois, le gouvernement du Québec se trouve à la hauteur des standards nord-américains pour le maintien des actifs dans nos établissements publics, autant en santé qu'en éducation, ce qui est extrêmement important, puisque nous devons préserver ces actifs de façon à minimiser les dépenses nécessaires pour les remettre à niveau au cours des prochaines années.

Il aurait été bien sûr facile, M. le Président, de discourir plus longtemps sur des thèmes aussi intéressants, variés et aux facettes si nombreuses, mais je ne doute pas que nos travaux permettront de les aborder. Et je suis certain maintenant que les autres membres collègues de la commission souhaitent évidemment intervenir à leur tour. Je me promets de les écouter avec le plus grand intérêt, et c'est avec plaisir que je pourrai au besoin fournir des précisions supplémentaires et répondre aux questions qui pourraient se poser. Merci, M. le Président.