|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Province*** | ***Législature*** | ***Session*** | ***Type de discours*** | ***Date du discours*** | ***Locuteur*** | ***Fonction du locuteur*** | ***Parti politique*** |
| Québec | 39e | 1re | Remarques préliminaires à l’étude des crédits | 3 mai 2010 | M. Yves Bolduc | Ministre de la Santé et des Services sociaux | PLQ |

**M. Bolduc:** Merci, M. le Président. Chers collègues membres de la Commission, j'aimerais d'abord vous présenter les représentants de mon cabinet et du ministère qui m'accompagnent aujourd'hui pour cette première séance de travaux de l'étude de nos crédits 2010-2011: M. Vincent Lehouillier, directeur de cabinet; M. Guillaume Lefèvre, directeur de cabinet adjoint; Mme Hélène Chouinard, conseillère spéciale; M. Sébastien Bonneau, conseiller spécial; M. Gilles Descôteaux, attaché politique; M. Jean-Guy Côté, attaché politique; M. François-William Simard, attaché politique; M. Jacques Cotton, sous-ministre; Mme Lise Verreault, sous-ministre adjointe à la coordination, au financement, aux immobilisations et au budget; M. Michel Delamarre, sous-ministre adjoint au personnel réseau et ministériel; Dr Alain Poirier, sous-ministre adjoint à la Santé publique; M. Denis Lalumière, sous-ministre adjoint à la planification stratégique, à l'évaluation et à la qualité; M. Bernard LeFrançois, sous-ministre adjoint aux technologies de l'information; M. Sylvain Gagnon, sous-ministre adjoint aux Services sociaux; M. Jean-Guy Lemieux, sous-ministre adjoint aux affaires ministérielles et institutionnelles; Dr Michel Bureau, directeur général des services de santé de médecine universitaire; M. Daniel Gaudreau, directeur des communications; M. André Giguère, secrétaire général du ministère; Mme Dominique Breton, adjointe exécutive du sous-ministre; M. Clermont Gignac, directeur exécutif des projets CHUM, CUSM et CHU Sainte-Justine.

M. le Président, comme vous le savez, j'en suis à mon second cycle d'étude des crédits budgétaires du ministère. Et, comme l'an dernier, je tiens à assurer les membres de la commission de mon grand souci de transparence. En démocratie parlementaire, le pouvoir exécutif est imputable devant le pouvoir législatif. L'une des façons de rendre des comptes, c'est la période des questions à l'Assemblée nationale, à laquelle je me prête bien volontiers, tout en étant conscient que les limites de temps nous empêchent parfois d'aller au fond de choses dans ce contexte particulier. Ici, par contre, nous avons toute la latitude pour étudier en détail tel programme ou telle activité du ministère ou du réseau, et je ferai naturellement ma part pour fournir les éclaircissements voulus aux députés membres de la commission.

Si la réponse n'est pas disponible immédiatement, nous ferons le nécessaire pour la trouver et la fournir aux députés dans les meilleurs délais possible. Je veux par ailleurs faire preuve non seulement de transparence, mais aussi d'écoute, puisqu'une saine diversité des points de vue ne peut qu'enrichir le processus de prise de décision et de gestion. En d'autres mots, je souhaite que nos travaux se déroulent véritablement en mode dialogue.

Cela dit, j'aimerais procéder aujourd'hui en deux temps. D'abord, présenter les crédits dans leur ensemble en expliquant les choix qui les sous-tendent ainsi que l'orientation budgétaire que notre gouvernement propose pour les prochaines années. Ensuite, je ferai le tour de quelques grands dossiers en matière de fonctionnement, comme du côté des immobilisations.

Cet exercice revêt une importance particulière pour le portefeuille de la Santé et des Services sociaux étant donné l'ampleur des sommes allouées. Comme ma collègue la présidente du Conseil du trésor l'a annoncé le 30 mars dernier, le budget des dépenses en Santé et Services sociaux s'établit cette année à près de 28 milliards de dollars, plus précisément 27 967 000 000 $. Nous avons fait passer le budget total de la Santé de 17 milliards de dollars, sous le Parti québécois en 2003, à 28 milliards de dollars cette année, comme je viens de le mentionner.

Il s'agit donc d'une augmentation de 11 milliards de dollars annuellement en comparaison avec ce que le PQ accordait au réseau. Cette somme est allouée à plus de 98 % à deux grands programmes: celui des fonctions régionales, qui comprend entre autres les budgets de tous nos établissements, et celui de la Régie de l'assurance maladie du Québec, qui comprend notamment les services médicaux et pharmaceutiques. Par rapport à la dépense probable de l'année dernière, on enregistre une augmentation de 988 millions de dollars ou 3,7 %. La hausse constatée s'explique pour à peu près la moitié par les augmentations de rémunération prévues pour le personnel du réseau et les professionnels de la santé ainsi que par les variations au chapitre des régimes de retraite.

Encore cette année, nous finançons l'augmentation des coûts de système, qui correspond en quelque sorte à la hausse naturelle des coûts pour un volume égal de services. Comme à chaque année, nous avons prévu des budgets pour les coûts de système spécifiques à la santé, par exemple, la hausse du coût des médicaments en établissement ou encore les effets du vieillissement de la population. Nous avons aussi inscrit aux crédits une somme de 25 millions pour le fonctionnement des nouvelles installations et des nouveaux appareils inaugurés en cours d'année.

Sous l'angle du développement, le budget comprend les sommes nécessaires à l'implantation progressive, à partir de la fin de juin, du nouveau programme de procréation assistée, conformément à nos engagements sur la gratuité de ce type de services. Comme vous le savez, M. le Président, le projet de loi n° 26 visant à encadrer les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée a été sanctionné le 18 juin 2009, et le volet réglementaire sera très bientôt complété.

Pour en revenir au budget, si nous adoptons une perspective temporelle plus longue qu'une simple comparaison par rapport à l'an dernier, force est de constater que la part de la Santé et des Services sociaux dans les dépenses de programmes est passée de 31 % il y a 30 ans à 45 % aujourd'hui. Si cette tendance devait se confirmer au cours des 20 prochaines années, les deux tiers du budget de l'État seraient alors accaparés par ce champ d'activité. Ce serait évidemment disproportionné compte tenu des autres responsabilités qui incombent au gouvernement. Notre objectif consiste à stabiliser la hausse de nos dépenses de programmes en santé à 5 %, ce qui est inférieur à ce qu'on avait constaté au cours des années précédant la récession, soit 6,3 %. Cela suppose deux choses: trouver des sources de financement novatrices et gérer plus efficacement. Nous proposons, dans les prochains mois, la mise en place du Fonds pour le financement des établissements de santé à partir de la contribution santé qui sera perçue, à compter du 1er juillet prochain, à la hauteur de 25 $ pour 2010. C'est un moyen simple et efficace de procurer un financement stable au réseau sans demander un effort démesuré à chaque contribuable.

Comme nous l'avons aussi annoncé, nous mènerons des consultations sur l'implantation, d'ici deux ans, d'une éventuelle franchise pour orienter la consommation des services, une formule à laquelle beaucoup de pays ont déjà recours sans conséquence fâcheuse. La forme que prendra cette franchise n'est pas encore arrêtée, mais nous avons déjà précisé qu'elle ne doit pas entraver l'accès ni représenter un fardeau disproportionné pour les personnes les plus vulnérables.

Je signale que le fonds devrait fournir dès cette année 180 millions de dollars aux établissements, ce qui s'ajoutera aux crédits budgétaires proprement dits. Ces sommes serviront notamment à renforcer les services de première ligne, à permettre le développement de la profession d'infirmière praticienne spécialisée et à soutenir différentes initiatives propres à améliorer la performance du système.

Pour améliorer cette performance, nous miserons sur trois stratégies complémentaires: premièrement, la mise en place d'une démarche globale d'optimisation des processus de travail dans chaque établissement, en particulier selon l'approche «lean healthcare»; deuxièmement, une rationalisation des infrastructures technologiques et informatiques, notamment par le déploiement du dossier de santé électronique, comme je l'ai annoncé la semaine dernière; et troisièmement nous procéderons à une révision de la gouvernance du réseau aux paliers national, régional et local.

Je signale par ailleurs que certaines mesures de resserrement budgétaire sont déjà en vigueur dans le réseau. Pour les activités de nature administrative, on ne remplace désormais qu'un poste sur deux à la suite de départs à la retraite. J'insiste sur le fait que ce resserrement des effectifs ne s'applique aucunement aux activités cliniques ou aux services directs à la population.

Les dépenses de publicité, de formation et de déplacement sont d'ores et déjà réduites de 25 % par rapport à l'an dernier.

La masse salariale pour les activités administratives du réseau est gelée jusqu'en 2013-2014 tandis que les dépenses de fonctionnement, toujours de nature administrative, devront être réduites de 10 % en trois ans.

Je vous rappelle aussi que les primes au rendement des hors cadres sont suspendues pour les deux prochaines années, comme le premier ministre l'a lui-même rappelé à l'Assemblée nationale la semaine dernière.

Voilà pour le survol que je voulais faire du contexte budgétaire général non seulement de l'année financière qui s'engage, mais aussi des années qui vont suivre. Nos choix à cet égard sont placés à l'enseigne de la responsabilité ainsi que de la détermination à assurer la pérennité de nos acquis. Oui, nous demanderons un certain effort de la part des contribuables, mais il reste que le gouvernement fera largement sa part à la hauteur de 62 % par un meilleur contrôle de ses propres dépenses et de celles des réseaux publics.

Cela dit, j'aimerais aborder quelques thèmes particuliers au cours des prochaines minutes, en commençant par une belle réussite collective, la campagne de vaccination de l'automne dernier. La vaccination demeure le moyen le plus efficace pour prévenir la grippe A (H1N1) et elle a contribué, avec d'autres mesures, à diminuer la morbidité et la mortalité ainsi qu'à maintenir l'offre des services de santé. La campagne de vaccination contre la grippe pandémique a débuté le 26 octobre 2009. Un maximum de 314 sites de vaccination ont été mis en fonction. Au total, plus de 4 418 000 Québécoises et Québécois ont reçu le vaccin, pour une excellente couverture vaccinale de 57,3 %.

En tenant compte de la disponibilité des vaccins, de l'épidémiologie observée et des recommandations des experts, une première séquence de vaccination a touché des sous-groupes de population considérés comme les plus à risque. Parmi eux, je mentionne notamment que les enfants âgés de six à 59 mois ont été vaccinés dans une proportion de 79 %. De plus, près des deux tiers des femmes enceintes, soit au moins 63 %, ont été vaccinées. Je rappelle que les publications scientifiques ciblaient tout particulièrement ces dernières comme groupe à risque en raison de probables complications pouvant survenir durant les deuxième et troisième trimestres de la grossesse. Dès que ce fut possible, l'offre de services a été étendue à toute la population. Le gouvernement du Québec est très fier de ce qui a été accompli pour protéger la santé de la population face au danger que représentait le virus de la grippe pandémique.

Par ailleurs, nous avons poursuivi nos efforts des dernières années pour améliorer l'accès aux services médicaux, aussi bien pour la première ligne que pour les interventions médicales spécialisées.

Pour la médecine de famille, nous allons de l'avant avec l'implantation des formules complémentaires que sont les groupes de médecine familiale et des cliniques-réseaux. Les patients profitent ainsi d'un accès amélioré aux consultations médicales courantes, tandis que les médecins et infirmières témoignent unanimement des avantages du travail d'équipe qui caractérisent ces deux formules.

D'autre part, la Table de concertation sur l'accès aux médecins de famille et aux services de première ligne poursuit ses travaux depuis maintenant un an. Nous avons aussi mis en place un comité de travail sur l'attractivité et la valorisation de la carrière en médecine de famille. Nous voulons nous assurer qu'une proportion suffisante d'étudiants en médecine choisissent cette forme de pratique, alors même qu'on constate toujours un certain biais vers les spécialités. Nous poursuivons par ailleurs notre travail relatif à la garantie d'accès pour les chirurgies de la hanche, du genou et de la cataracte. Nous visons aussi une réduction des délais pour les autres types de chirurgie.

Deux ans après la mise en place du mécanisme central de l'accès, les données du système SIMASS nous permettent de bien documenter les délais d'attente pour une chirurgie au Québec. Nous soutenons les établissements dans une démarche d'optimisation qui inclut: la révision des processus pour une saine gestion de la liste d'attente, le cheminement optimal de la requête opératoire ainsi que la formation des responsables locaux et régionaux de l'accès.

Dans le domaine de la lutte contre le cancer, nous misons sur une organisation hiérarchisée des soins et services. Notre action repose sur des équipes interdisciplinaires comprenant notamment une infirmière pivot en oncologie. Celle-ci joue un rôle essentiel en assurant la liaison entre le patient, ses proches et les membres de l'équipe interdisciplinaire de lutte contre le cancer. L'infirmière pivot en oncologie assume donc un rôle clé, notamment sous l'angle de la continuité des soins prodigués aux patients. Elle contribue en effet à ce que la personne atteinte de cancer et ses proches puissent obtenir une réponse adaptée à leurs besoins. Présentement, 220 infirmières pivots en oncologie sont déjà au travail au sein de nos équipes d'oncologie.

M. le Président, j'aimerais conclure ces quelques remarques en abordant la question des infrastructures puisqu'il s'agit là d'une autre des grandes priorités de notre gouvernement. Le plus grand chantier de toute l'histoire des infrastructures en santé au Québec, c'est la grande entreprise de modernisation de la médecine universitaire qui est en cours à Montréal. Ces investissements auront des répercussions bien au-delà des limites de l'île de Montréal, puisque la médecine universitaire a toujours une portée suprarégionale, voire nationale.

Merci, M. le Président. Nous renforcerons ainsi les moyens fournis à nos équipes qui pourront continuer à nous faire honneur dans les domaines des soins surspécialisés de la recherche, de la formation, de la relève et de l'innovation technologique. On sait que le chantier de construction du centre de recherche de l'Université de Montréal a été lancé le 25 mars dernier. Le centre ouvrira ses portes à l'automne 2013. La première phase du projet hospitalier du CHUM, soit la construction du nouveau centre hospitalier, sera complétée d'ici la fin de 2004.

Pour terminer, M. le Président, je veux seulement assurer les personnes ici présentes que nous collaborerons avec la plus grande transparence possible et avec des informations les plus complètes possible. Merci, M. le Président.