|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***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 | 20 avril 2009 | M. Yves Bolduc | Ministre de la Santé et des Services sociaux | PLQ |

**M. Bolduc:** Merci, Mme la Présidente. Chers collègues, membres de la commission, permettez-moi d'abord de vous présenter les personnes qui m'accompagnent cet après-midi: M. Vincent Lehouillier, directeur du cabinet; Mme Louise Bédard, conseillère spéciale; M. François William Simard, attaché politique; M. Jacques Cotton, sous-ministre en titre du ministère; Mme Lise Verrault, sous-ministre adjointe à la Coordination, financement, immobilisations et budget; M. Denis Lalumière, sous-ministre adjoint à la Planification stratégique, l'évaluation et la qualité; Dr Alain Poirier, sous-ministre adjoint à la Santé publique; Mme Marie-Josée Guérette, sous-ministre adjointe aux Services sociaux; M. Michel Delamarre, sous-ministre adjoint au Personnel réseau et ministériel; M. Bernard Lefrançois, sous-ministre adjoint aux Technologies de l'information; Dr Michel Bureau, directeur général des services de santé et médecine universitaire; M. Daniel Gaudreau, directeur des communications du ministère; M. Jean-Marc Tardif, secrétaire général du ministère; Mme Diane Verret, responsable du Secrétariat administratif; Dr André Simard, directeur général du Bureau du Dossier de santé du Québec; M. Philippe Moss, directeur des services financiers et d'affaires du Bureau du Dossier de santé du Québec; M. Claude Gilbert, vice-président aux affaires juridiques et secrétaire général de la Corporation d'hébergement du Québec; M. Guy Paquin, vice-président aux immobilisations de la Corporation d'hébergement du Québec.

L'étude détaillée des crédits du ministère de la Santé et des Services sociaux est pour moi une première, comme c'est le cas d'ailleurs pour certains des membres de la commission. Par contre, il en va tout autrement pour les deux critiques très expérimentés que sont les députés de Marie-Victorin et de La Peltrie, que je salue de façon toute particulière.

Je veux aborder ces travaux avec tout le sérieux qui s'impose et avec la plus grande rigueur. Cet élément du cycle budgétaire et parlementaire se rattache à la sphère de l'évaluation, de l'imputabilité, de la reddition de comptes et de la rétroaction. Ce sont pour moi des processus absolument indissociables des mécanismes de la décision et de l'action. C'est une approche que j'ai préconisée dans toutes les fonctions administratives que j'ai occupées au fil des années et sur laquelle j'insiste beaucoup depuis plusieurs... depuis ma nomination comme ministre.

Au cours des quelques jours que va durer l'étude des crédits du ministère de la Santé et des Services sociaux, nous aurons l'occasion aussi bien d'examiner les grands choix stratégiques du gouvernement que de nous pencher sur les dépenses fines dans tel ou tel programme du ministère. Soyez assurés que, si d'aventure une réponse ne peut être fournie sur-le-champ, nous la trouverons rapidement pour que, comme il se doit, les députés soient bien informés sur les enjeux qui nous intéressent tous.

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 19 mars dernier, les crédits budgétaires, dans ce secteur d'activité, s'établissent cette année à près de 26,9 milliards de dollars, soit environ 5,7 % de plus qu'en 2008-2009. 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 englobe notamment les services médicaux et pharmaceutiques. Les deux autres programmes, celui des fonctions nationales et celui de l'Office des personnes handicapées du Québec, comptent ensemble pour environ 1,8 % des crédits budgétaires de la Santé et des Services sociaux.

Ce budget de 26,9 milliards de dollars représente environ 45 % des dépenses de programmes du gouvernement du Québec. Si nous en sommes rendus à une proportion aussi élevée, c'est, d'une part, parce que les dépenses en santé augmentent plus vite que le taux général d'inflation et, d'autre part, parce que nous avons fait le choix délibéré de réinvestir en santé à titre prioritaire au cours des six dernières années. Je rappelle que 9 milliards de dollars ont été ajoutés en santé depuis 2003, pour une croissance moyenne de 6 % par année. C'est beaucoup plus que les 4 % enregistrés de 1995 à 2003.

Cette année, les crédits augmentent de 1 455 000 000 $ par rapport aux dépenses de l'an dernier. Les hausses de rémunération accordées au personnel du réseau et aux professionnels de la santé ainsi que la variation des contributions de l'employeur aux régimes de retraite comptent pour 58 % de la croissance totale, soit 840 millions de dollars.

Nous continuons à financer l'augmentation des coûts de système, qui correspond à la tendance à la hausse des dépenses. Comme toujours, nous avons prévu une somme pour couvrir 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. Un montant de 25 millions de dollars est également disponible pour assurer le fonctionnement des nouvelles installations et du nouvel équipement à mesure qu'ils entrent en fonction.

J'en arrive maintenant aux crédits de développement, qui s'établissent à 52 millions de dollars sur une base annualisée. Ces sommes vont permettre d'améliorer directement l'accessibilité des soins et des services pour le bénéfice de nos concitoyens de toutes les régions du Québec. Sur ces 52 millions de dollars, et toujours sur une base annualisée, 35 sont alloués au domaine de la déficience physique, de la déficience intellectuelle et des troubles envahissants du développement. Ce champ d'activité sera examiné ici, en commission, à compter de demain, avec la participation de ma collègue la ministre déléguée aux Services sociaux. Je ne voudrais pas empiéter sur sa propre intervention et je dirai simplement que toute dépense dans le domaine social a nécessairement des répercussions positives sur la santé de la population. La santé, ce n'est pas seulement affaire de métabolisme. Il ne faut jamais oublier que l'environnement social est aussi en cause, et de façon déterminante.

Un autre facteur favorable à la santé en général, c'est le travail qui se fait en prévention et en promotion de la santé, qui demeure pour nous une priorité. Des gestes importants ont été posés au cours des dernières années, notamment dans le cadre du plan gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids. De telles actions fonctionnent bien, comme le prouvent les progrès réalisés depuis 10 ans dans un domaine similaire, celui de la lutte contre le tabagisme. Il est possible de modifier les attitudes et les comportements des gens en les associant à l'amélioration de leur propre qualité de vie.

Dans un autre domaine d'intervention de premier plan, une somme supplémentaire de 14 millions est prévue cette année pour le renforcement de la première ligne de soins, essentiellement en médecine de famille. Nous en sommes rendus à 193 groupes de médecine de famille dans toutes les régions du Québec, et les accréditations se poursuivent à un bon rythme, avec l'objectif que nous en comptions 300 d'ici quatre ans. Je rappelle que ce modèle d'organisation est basé sur la pratique de groupe, sur le travail interdisciplinaire entre le médecin et l'infirmière ainsi que sur un resserrement des liens entre les médecins en cabinet et en établissement.

Les cliniques-réseaux sont une formule complémentaire aux groupes de médecine de famille et surtout adaptées à un contexte urbain. Nous avons mis en place 35 de ces cliniques-réseaux, et 11 sont en voie d'être constituées. Elles offrent un bon accès aux consultations sans rendez-vous et elles fonctionnent selon des plages étendues à des heures considérées comme défavorables. Les cliniques-réseaux permettent d'apporter une réponse concrète aux besoins des patients non inscrits à un GMF ou orphelins de médecin de famille sans que le seul choix disponible demeure l'urgence.

Les acquis des GMF et des cliniques-réseaux sont solides, mais il faut continuer à réfléchir sur les meilleures façons de dispenser les services de première ligne, de sorte que l'accès à un médecin de famille soit encore amélioré et simplifié. C'est justement pour réfléchir là-dessus, et surtout pour passer à l'action rapidement que j'ai mis en place la Table de concertation sur l'accès aux médecins de famille et aux services de première ligne, qui a tenu sa première réunion vendredi dernier. Lors de cette première rencontre, j'ai insisté sur l'urgence d'agir et la nécessaire mobilisation de tous les acteurs du milieu de la santé pour solutionner le problème de l'accès aux médecins de famille au Québec. J'en fais d'ailleurs une priorité au cours de mon mandat.

Cette table de concertation, qui devait se réunir de nouveau en septembre, a débouché sur la mise en place de trois groupes de travail qui se chargeront de faire avancer rapidement les propositions mises de l'avant vendredi dernier. Les propositions gravitent autour de deux principaux constats: il faut former des médecins de famille en nombre suffisant, et les médecins de famille doivent pourvoir exercer une pratique en première ligne attrayante et valorisante, dans des conditions d'exercice favorables.

Dans le domaine spécifique de la lutte contre le cancer maintenant, nous allons poursuivre nos efforts pour que les personnes atteintes et leurs proches aidants aient accès à des soins et des services de qualité le plus près possible de leur milieu de vie. Nous intensifierons en particulier le travail pour le cancer colorectal, l'un des plus répandus, à la faveur d'un ajout budgétaire de 2 millions de dollars. Nous allons aussi accentuer nos efforts pour améliorer l'accès aux services médicaux spécialisés.

De la fin de 2006 à la fin de 2008, le nombre de personnes en attente depuis plus de six mois a diminué de 66 % pour les chirurgies de la cataracte, de 59 % pour celles de la hanche et de 50 % pour celles du genou. Ce sont les trois interventions pour lesquelles nous avons mis en place un mécanisme d'accès particulier avec deuxième offre, au besoin, un système qui a maintenant fait ses preuves. Je m'attends à des gains importants au cours des prochaines années, aussi bien pour la chirurgie d'un jour que pour celle avec hospitalisation.

Je suis très confiant puisque, dans neuf hôpitaux dont les blocs opératoires ont été visés par le ministère et la Fédération des médecins spécialistes du Québec, nous avons déjà observé des gains de productivité de l'ordre de 10 %. Par ailleurs, j'ai visité personnellement un certain nombre d'urgences au cours des derniers mois et, encore là, je suis convaincu qu'il existe un important potentiel d'amélioration de la productivité et de l'efficience.

En conclusion, les crédits présentés cette année vont permettre de poursuivre les efforts des dernières années afin de faire face, de la façon la plus judicieuse possible, à l'augmentation et à l'intensification attendues des besoins dans le réseau de la santé et des services sociaux. Nous devons prendre les devants de façon intelligente et déterminée, plutôt que de simplement réagir à des phénomènes comme le vieillissement de la population, l'augmentation des maladies chroniques et l'alourdissement des clientèles.

Voilà l'essentiel des remarques que je voulais formuler cet après-midi en guise d'entrée en matière aux travaux des prochains jours. Je serai naturellement très heureux de répondre aux questions des membres de la commission sur l'un ou l'autre des points que je viens d'aborder ou sur tout autre élément qui se rapporte au volet Santé de nos crédits budgétaires. Merci, Mme la Présidente.