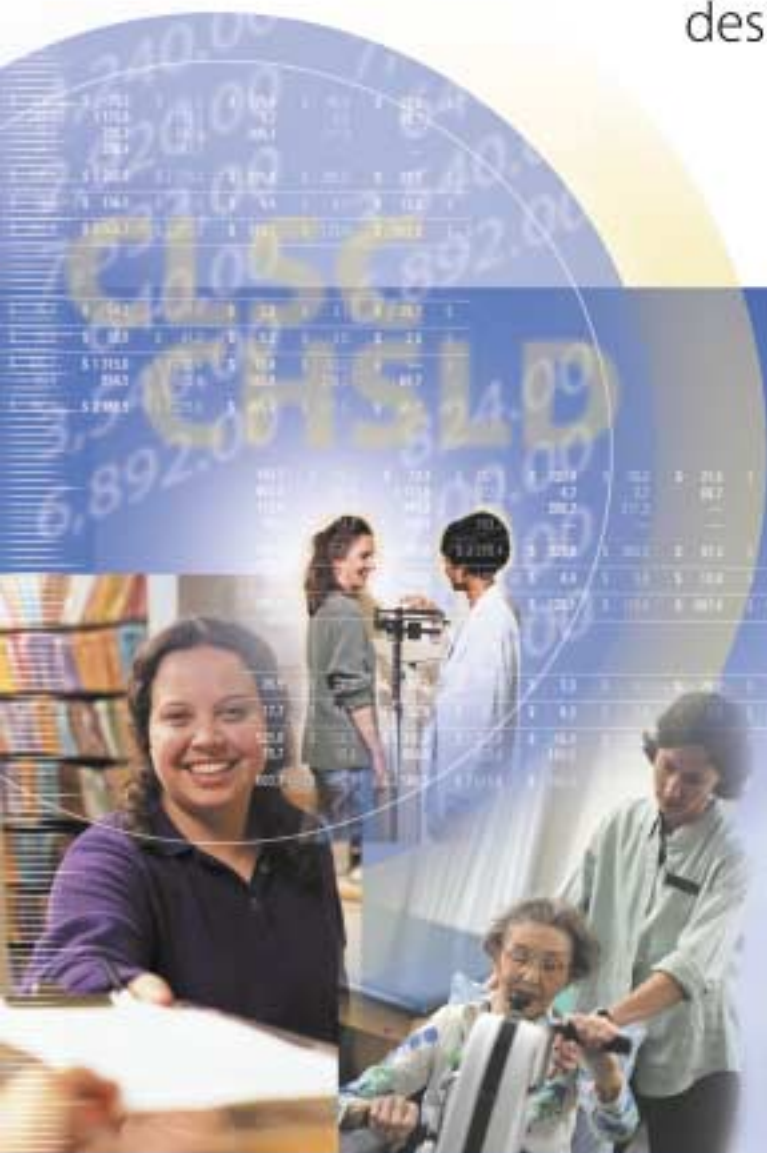


L' ALLOCATION des RESSOURCES et la BUDGÉTISATION des SERVICES de CLSC et de CHSLD

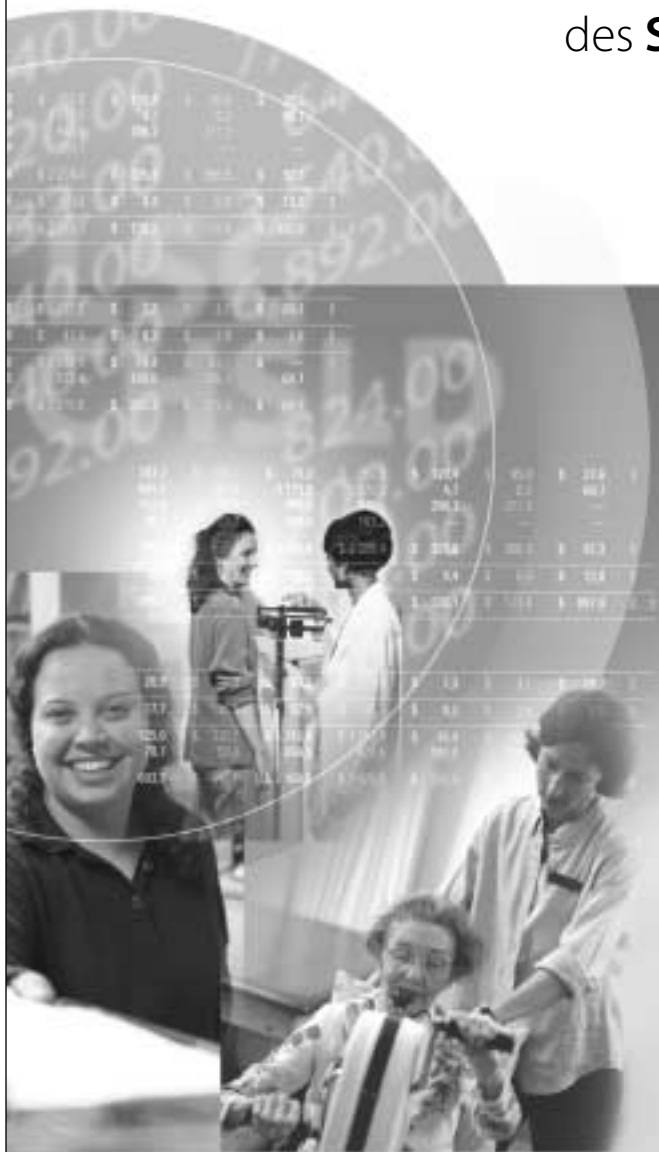
- **Rapport du comité** sur la réévaluation du mode de budgétisation des centres locaux de services communautaires (CLSC) et des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)



L' ALLOCATION des RESSOURCES et la BUDGÉTISATION des SERVICES de CLSC et de CHSLD

► **Rapport du comité** sur la réévaluation du mode de budgétisation des centres locaux de services communautaires (CLSC) et des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)

Juin 2002



**Santé
et Services sociaux**

Québec



Québec, le 21 juin 2002

Monsieur Pierre Gabrièle
Sous-ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux
1075, chemin Sainte-Foy, 14^e étage
Québec (Québec) G1S 2M1

Monsieur le Sous-Ministre,

Conformément au mandat qui lui a été confié par les autorités du Ministère en janvier 2001, le Comité sur la réévaluation du mode de budgétisation des CLSC et des CHSLD vous transmet son rapport final intitulé « L'allocation des ressources et la budgétisation des services de CLSC et de CHSLD ».

Le rapport a été adopté unanimement et, comme vous le constaterez, les recommandations qui y sont proposées s'inspirent de la même approche que celle adoptée par le Comité sur la réévaluation du mode de budgétisation des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés. Elles s'intègrent donc dans un modèle visant la révision de tout le processus d'allocation budgétaire des services de santé et des services sociaux.

Compte tenu de l'information qui était disponible, les simulations du modèle ont porté uniquement sur la répartition interrégionale des ressources en fonction d'une équité basée sur l'approche populationnelle, comme l'exige la loi régissant les services de santé et

les services sociaux. Lorsque l'information sera disponible sur les volumes et le coût des services, le modèle permettra également d'analyser la performance des établissements. Nous croyons ainsi que nos propositions permettront d'améliorer à moyen terme la qualité et l'accessibilité des services à la population.

Nous vous prions d'agréer, Monsieur le Sous-Ministre, l'expression de notre considération distinguée.

Denis Bédard, président

Madame Marie Beauchamp

Madame Mireille Fillion

Madame Chantale Lapointe

Monsieur Julien Michaud

Monsieur Marc Tanguay

Monsieur François Therrien

Madame Colette Tracyk

REMERCIEMENTS

Le Comité désire remercier M. Denis Chevarie qui a agi comme secrétaire du Comité et qui a dirigé les travaux techniques d'analyses nécessaires pour étudier les différentes questions relatives au mandat qui nous a été confié.

Le Comité veut également remercier les membres des comités consultatifs pour leurs conseils et leur expertise ainsi que les membres du groupe de travail pour la préparation et l'analyse des données. Leur contribution a été essentielle à la compréhension des enjeux et à la formulation des orientations du rapport.

En tant que président, je remercie mes collègues du Comité pour leur participation, leur patience et leur volonté à relever le défi d'un mandat qui s'est avéré complexe et exigeant. Je tiens enfin à souligner l'excellent travail de M^{me} Line Blouin de la Direction de la planification stratégique, qui s'est occupée de la logistique du Comité, et de M^{mes} France Darveau de la Direction des politiques et des systèmes financiers, Hélène Brousseau du Service des politiques et des orientations stratégiques et Micheline Collin de la Direction de la planification stratégique, qui ont été responsables de la préparation du rapport final.

Denis Bédard
Président du Comité

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE EXÉCUTIF	1
1 LE MANDAT DU COMITÉ.....	5
1.1 La poursuite de la révision des modes de budgétisation	5
1.2 Les objectifs du mandat	5
1.3 Les enjeux du mandat.....	6
1.4 Les travaux du Comité	9
2 LA SITUATION DES CLSC ET DES CHSLD	13
2.1 Les caractéristiques des établissements	13
2.2 Les dépenses des missions CLSC et CHSLD	15
2.3 L'évolution des dépenses depuis 1994-1995.....	17
2.4 La situation financière des établissements des missions CLSC et CHSLD	20
3 LE PROCESSUS BUDGÉTAIRE ACTUEL.....	27
3.1 Les dispositions légales régissant le processus budgétaire du réseau sociosanitaire.....	27
3.1.1 Le rôle et les responsabilités du Ministère.....	28
3.1.2 Le rôle et les responsabilités des régies régionales	30
3.1.3 Le rôle et les responsabilités des établissements.....	31
3.1.4 Le processus théorique découlant des dispositions de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.....	32
3.2 Le processus budgétaire suivi depuis 1995-1996	36
3.2.1 L'allocation interrégionale des ressources par le Ministère	36
3.2.2 La budgétisation des CLSC et des CHSLD par les régies régionales	41
3.3 Une réponse aux besoins jugée insatisfaisante.....	43
4 LA RÉVISION DU PROCESSUS BUDGÉTAIRE	47
4.1 Les règles de base du processus budgétaire	48
4.2 La proposition d'un nouveau cadre budgétaire.....	51
4.2.1 L'arrimage entre les ressources et les services	52
4.2.2 La détermination du budget du Ministère	56
4.2.3 La répartition interrégionale du budget du Ministère	60
4.2.4 L'interface entre la consommation et la production de services.....	61
4.2.5 La répartition intrarégionale des ressources	63
4.2.6 Les conséquences du nouveau processus budgétaire.....	65

TABLE DES MATIÈRES

5	LA MISE EN APPLICATION DU NOUVEAU PROCESSUS BUDGÉTAIRE	71
5.1	La répartition interrégionale des services offerts en CLSC	75
5.1.1	Les services de soutien à domicile.....	75
5.1.2	Les dépenses de services en santé publique et de services aux jeunes et à la famille	78
5.1.3	La comparaison des dépenses réelles et des dépenses attendues pour l'ensemble des services de type CLSC.....	81
5.2	La répartition interrégionale des dépenses pour les services offerts en CHSLD	83
5.3	Le règlement des écarts.....	87
6	L'IMPLANTATION DU NOUVEAU PROCESSUS BUDGÉTAIRE.....	93
6.1	Le suivi des recommandations	93
6.2	Le développement des systèmes d'information sur les services de CLSC et de CHSLD	95
7	CONCLUSION : LA RECHERCHE DE L'ÉQUITÉ ET DE LA PERFORMANCE	103
ANNEXES :		
	ANNEXE I LISTE DES RECOMMANDATIONS.....	107
	ANNEXE II LISTE DES TABLEAUX	113
	ANNEXE III LISTE DES MEMBRES DES COMITÉS.....	115

SOMMAIRE EXÉCUTIF

Le Comité sur la réévaluation du mode de budgétisation des CLSC et des CHSLD avait comme mandat de proposer à la fois une méthode de répartition interrégionale et un mode de budgétisation des ressources allouées pour les services offerts par les Centres locaux de services communautaires (CLSC) et les Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). La Loi sur les services de santé et les services sociaux prévoit une mission précise pour ces deux catégories d'établissements. Toutefois, comme de plus en plus d'établissements assument plusieurs missions, le travail du Comité a porté sur les services prévus à la définition des missions plutôt que sur des catégories d'établissement. Ainsi, en 2000-2001, les dépenses relatives aux services de la mission CLSC et de la mission CHSLD furent respectivement de 1 084 millions et 2 307 millions de dollars. Depuis 1994-1995, les dépenses de CLSC ont augmenté annuellement de 9,2 %, alors que les dépenses de CHSLD sont restées stables jusqu'en 1998-1999 pour augmenter de 2,6 et 9,6 % au cours des deux années suivantes.

Ce qui caractérise actuellement le processus budgétaire est le fait qu'il implique trois niveaux décisionnels, à savoir : le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), les régies régionales de la santé et des services sociaux (RRSSS) et les établissements et à chaque niveau il se traduit par un budget global historique. On ne fait aucune relation avec les programmes et il n'y a aucune procédure pour connaître exactement les besoins financiers du réseau. Cette façon de procéder entraîne deux difficultés : d'une part, la répartition interrégionale des ressources ne se fait pas en fonction de la population comme l'exige la loi et il s'ensuit que les normes et l'accessibilité des services varient beaucoup entre les régions et à l'intérieur de celles-ci. D'autre part, il n'y a pas de système d'information permettant de connaître les caractéristiques des bénéficiaires, les volumes comparables et les coûts qui s'y rattachent.

Le Comité propose donc que le nouveau processus budgétaire soit ventilé selon les programmes de services et qu'il se déroule en trois étapes de la façon suivante. Le budget du Ministère serait tout d'abord estimé en procédant à une prévision des volumes de consommation de services de chacun des programmes, multipliés par des coûts moyens standards. Le budget de chaque programme serait ensuite réparti entre les régions en utilisant une approche populationnelle mesurant des niveaux de consommation normalisée et en ajustant les coûts moyens standards pour tenir compte des facteurs régionaux. Les enveloppes budgétaires régionales seraient également ajustées pour compenser l'effet net des échanges de

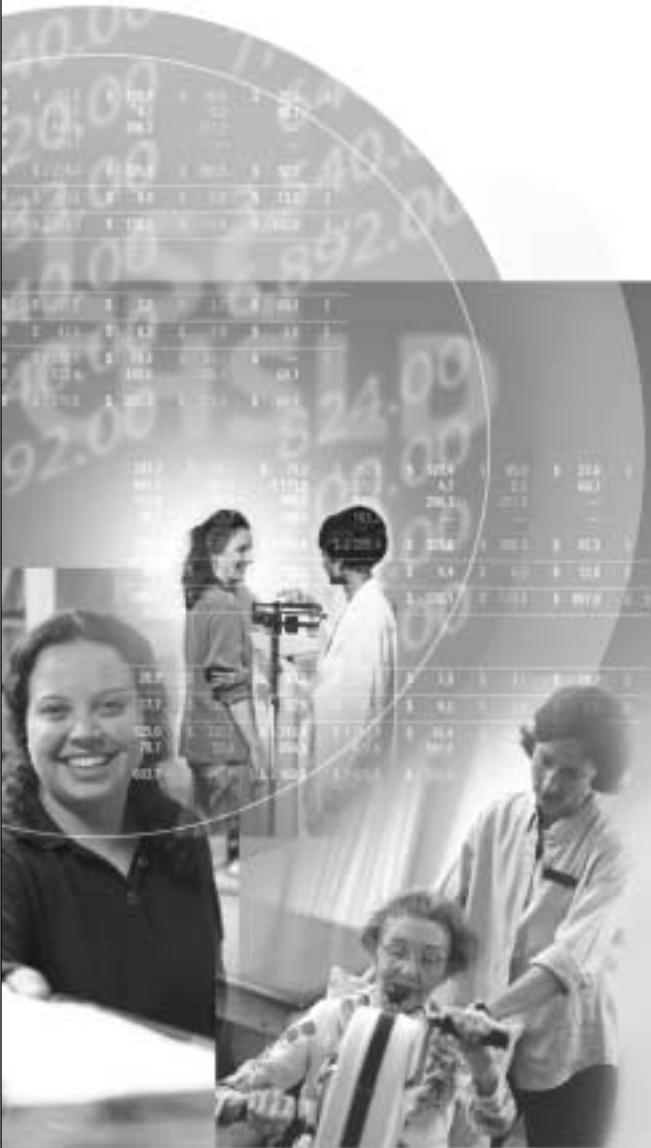
services entre les régions. Les régies régionales procéderaient finalement à la répartition des ressources entre les établissements en utilisant la même approche normative, c'est-à-dire une prévision du volume de services comparable et des coûts standards ajustés pour les facteurs spécifiques aux établissements.

Faute d'information adéquate, il a été impossible de simuler le nouveau modèle de façon intégrale. On a plutôt illustré l'application de l'approche populationnelle à la répartition interrégionale des ressources sur la base des données 2000-2001. En estimant les dépenses de consommation normalisée des principaux services de CLSC et de CHSLD, celles-ci ont été ajustées pour tenir compte des facteurs régionaux comme l'éloignement et la dispersion. Toutefois, il n'a pas été possible de prendre en considération l'effet de favorisation sociale ou matérielle sur les besoins de la population et il faudra poursuivre les analyses à cet égard. Les dépenses de consommation estimées ont ensuite été comparées aux dépenses réelles, pour en déduire les écarts d'accessibilité des services. Le Comité propose, en terminant, les priorités et les mesures à prendre concernant le développement des systèmes d'information.

Par rapport au processus actuel, l'utilisation du nouveau modèle aurait trois avantages importants. Tout d'abord, la budgétisation serait basée sur une analyse de l'évolution des bénéficiaires, des services et des coûts, ce qui permettra d'avoir une évaluation précise des besoins financiers du réseau. Deuxièmement, l'approche populationnelle garantira une répartition des ressources plus équitable. Enfin, troisièmement, l'utilisation de coûts standards incitera à la recherche de l'efficacité et de la performance.

Le mandat du Comité

Chapitre 1



1 LE MANDAT DU COMITÉ

1.1 La poursuite de la révision des modes de budgétisation

Lorsque le Ministère a créé, en juin 2000, un Comité sur la réévaluation des modes de budgétisation des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS), il choisissait de réviser le processus de détermination des budgets à l'égard de la catégorie d'établissements dont le niveau de dépenses était le plus important du réseau sociosanitaire et dont la situation financière était aussi la plus problématique. L'objectif poursuivi était de mieux refléter l'évolution du volume et de la lourdeur des soins hospitaliers et de favoriser la recherche de la performance financière. Dans son rapport final, le Comité avait souligné que la révision du mode de budgétisation des CHSGS devait être accompagnée de la révision du cadre budgétaire au niveau du Ministère et des régies régionales pour qu'il y ait cohérence à chacune des étapes du processus d'allocation des ressources.

La nécessité de la cohérence oblige par ailleurs à faire un pas de plus. Pour faire suite aux fusions des dernières années, une part importante des établissements a maintenant plus d'une vocation, et il n'y a plus de distinction exclusive entre les catégories d'établissements qui sont en fait une structure de production d'une gamme diversifiée de services. Il faut donc trouver des modes de budgétisation qui permettent de faire le pont entre les différentes vocations d'établissements et qui aideront à implanter une vision intégrée de services à travers le réseau. De plus, comme il doit y avoir une accessibilité aux services qui soit équitable par rapport aux besoins de la population, il est important de faire également l'interface entre la consommation et la production de services pour l'ensemble des programmes et, donc, pour l'ensemble du réseau.

La révision de la budgétisation des CHSGS a permis de développer un modèle pour les soins de courte durée de santé physique. Le même exercice pour les CLSC et les CHSLD permettra d'étendre le modèle budgétaire aux services de première ligne, aux services d'hébergement des adultes, aux services à domicile ainsi qu'aux services aux jeunes et à la famille.

1.2 Les objectifs du mandat

Les services offerts par les CLSC et les CHSLD sont de nature essentiellement locale et ils ont pu se développer au cours des trente dernières années dans un contexte autonome et peu normé. De plus,

comme les services sont peu spécialisés en comparaison de ceux des CHSGS, la mesure de la performance n'est pas aussi complexe car il est relativement plus facile de comparer le contenu et le niveau des services. Par ailleurs, au fur et à mesure que la population vieillit, il devient de plus en plus important que la répartition des ressources soit faite de façon équitable, en fonction des besoins. C'est en tenant compte de ces différents aspects que les autorités du Ministère ont confié au Comité le mandat suivant, celui de :

- ♦ proposer une méthode de répartition interrégionale des ressources budgétaires concernant les services offerts par les CLSC et les CHSLD;
- ♦ proposer un mode de budgétisation des ressources allouées aux CLSC et aux CHSLD.

Par rapport à ce mandat général, le Ministère a également précisé les trois attentes spécifiques suivantes :

- ♦ établir les critères qui permettraient de mieux tenir compte des besoins de la population et de la performance des établissements dans le processus d'allocation budgétaire;
- ♦ définir pour la budgétisation des programmes par établissement, les composantes opérationnelles et les caractéristiques des renseignements qui seraient requis par rapport à l'information actuellement disponible;
- ♦ simuler le modèle élaboré et proposer un plan de mise en application, en distinguant les mesures qui peuvent être utilisées à court terme et celles à plus long terme.

1.3 Les enjeux du mandat

a) Les étapes du processus budgétaire

La détermination du montant de ressources financières attribuées aux établissements du réseau de la santé et des services sociaux est la résultante d'un processus budgétaire qui se fait en trois étapes. La première étape concerne l'enveloppe budgétaire du Ministère, qui est déterminée en fonction des critères et des priorités de la politique budgétaire et fiscale du gouvernement. L'enveloppe ministérielle est ensuite répartie, dans une seconde étape, entre les régions régionales qui sont au nombre de dix-huit. Enfin, la troisième étape est sous la responsabilité de ces dernières, qui doivent faire la répartition des ressources entre les établissements de leur territoire.

Bien que les trois étapes mentionnées doivent être logiquement intégrées à l'intérieur du processus budgétaire global, il est important de souligner que la détermination de l'enveloppe ministérielle à la première étape est toutefois une prérogative gouvernementale et une décision de l'Assemblée nationale. Le mandat du Comité ne peut porter que sur les deux autres étapes du processus, lesquelles doivent respecter les limites de dépenses qui sont préalablement fixées lors de l'adoption du budget ministériel. Cette exigence n'élimine pas pour autant la délicate question de l'équilibre entre le niveau des ressources financières disponibles et la mission attendue des établissements. Un des défis importants du processus budgétaire est donc d'essayer de gérer de manière explicite l'écart possible entre les besoins et les ressources disponibles.

b) L'allocation des ressources, la budgétisation et le financement

Trois termes sont couramment utilisés en relation avec le processus budgétaire, soit les termes « allocation des ressources, budgétisation et financement ». Lorsqu'ils seront utilisés à l'intérieur de ce rapport, ils auront généralement la signification suivante :

- ♦ L'allocation des ressources fait normalement référence à un processus de répartition des ressources financières entre, par exemple, des programmes, des régions ou des établissements. La méthode de répartition se fait à l'aide d'indicateurs visant à refléter, pour une période budgétaire donnée, les besoins comparatifs des différentes unités auxquelles sont alloués les budgets;
- ♦ La budgétisation est un processus qui vise à déterminer le montant des ressources budgétaires nécessaires à la réalisation d'un scénario budgétaire convenu entre l'entité qui fournit les fonds et celle qui est responsable des opérations;
- ♦ Enfin, le financement se définit comme un processus de transfert de ressources financières pour la réalisation du scénario convenu. Le financement se fait donc logiquement après que le processus d'allocation des ressources ou de budgétisation ait été complété.

Les procédures actuelles sont relativement simples car elles s'appliquent à un budget global historique. L'objectif de la réévaluation du processus budgétaire est à la fois de mieux tenir compte des besoins de la population et de budgéter les établissements en fonction des niveaux de services et d'une performance attendue. Il sera important de s'assurer que le processus budgétaire soit alors cohérent d'une étape à l'autre. Conformément au mandat du Comité, le mode d'allocation des ressources définira donc, d'une

part, le processus que devrait suivre le Ministère dans la répartition des ressources entre les régies régionales, et le mode de budgétisation suggèrera, d'autre part, les procédures qui devraient être suivies pour répartir les ressources entre les CLSC et les CHSLD à l'intérieur d'une région.

c) L'équité et le panier de services

L'équité est un enjeu inévitable et important de toute politique de services publics et particulièrement dans le domaine de la santé et des services sociaux, car les services fournis sont l'expression la plus essentielle de la solidarité communautaire. La mission des CLSC et des CHSLD englobe une gamme diversifiée d'activités dans les domaines des soins de première ligne, des services à domicile, des services aux jeunes et à la famille, de soutien aux communautés de même que les services aux adultes en perte d'autonomie. Au cours des dernières années, dans différents énoncés de politique faits par le Ministère concernant ces domaines d'activités, on a constamment souligné deux caractéristiques de l'offre de services, à savoir que le *niveau* et le *contenu* des services variaient beaucoup d'une région à l'autre. Cette situation demeure jusqu'à maintenant, en grande partie, figée par la reconduction annuelle d'un budget global historique.

Pour corriger ces deux lacunes, il a été suggéré, en conformité avec les orientations proposées par les énoncés de politique ministérielle, de viser à uniformiser l'offre de services en procédant à la définition d'un panier de services minimum que devrait donner chaque établissement et en ajustant les budgets pour que chaque région et chaque établissement aient les ressources suffisantes pour offrir les services considérés minimaux. L'atteinte d'un tel objectif pourra être facilitée par la mise en place d'un processus budgétaire qui sera basé sur l'approche dite populationnelle, c'est-à-dire l'approche qui fait le lien entre les caractéristiques des populations desservies et les programmes de services. La définition d'un panier de services, qu'ils soient universels ou sélectifs, peut être alors utile pour détailler les activités précises de chaque programme, pour connaître les niveaux de ressources que requièrent ces activités et pour évaluer la performance des services rendus. Mais cette définition n'est toutefois pas essentielle pour le mandat du Comité, car les modes d'allocation et de budgétisation doivent, en principe, pouvoir s'appliquer à des contenus variables de programmes. En d'autres mots, la dimension de l'équité est essentielle mais elle n'est pas nécessairement liée à la définition précise d'un panier de services.

Il est également important de souligner que la définition d'un panier de services oblige à déterminer un niveau minimal de ressources nécessaires pour offrir ces services. Or, il n'est pas dans le mandat du Comité de se prononcer sur le niveau de financement des CHSLD et des CLSC. Nous reviendrons sur cette problématique à la fin du chapitre 3.

d) Les systèmes d'information

La méthode du budget global, qui est appliquée à chacune des étapes et à chacune des catégories d'établissements du réseau, a eu des conséquences importantes sur les processus décisionnels du Ministère. En n'intégrant pas la dimension de ceux-ci, aucune décision n'est prise directement sur l'évolution annuelle des programmes. En ne prenant ainsi aucune décision sur les programmes, sauf à la marge lorsqu'il y a ajout de ressources de développement, on a géré les budgets sans mettre en place les systèmes d'information qui auraient permis de faire une analyse prévisionnelle des programmes en termes de volume de services et de ressources, et qui auraient permis d'établir les liens entre les ressources et les caractéristiques des bénéficiaires dans une perspective d'équité interrégionale. La difficulté de concevoir un nouveau processus budgétaire est de trouver dans un tel contexte une information adéquate pour simuler les paramètres des nouveaux modèles d'allocation et de budgétisation. Il faut donc s'attendre à ce que leur mise en application exige éventuellement un effort important de développement des systèmes d'information.

1.4 Les travaux du Comité

Comme le mandat de notre Comité sur la réévaluation du mode de budgétisation des CLSC et des CHSLD faisait suite à celui du Comité des CHSGS, nous avons pu profiter des réflexions et des orientations qui ont été développées en premier pour les CHSGS, les deux comités étant d'ailleurs sous la présidence de la même personne. La démarche suivie a été adaptée à la problématique particulière des CLSC et des CHSLD, et les éléments qui ont spécialement retenu l'attention sont les suivants :

- ♦ étude portant sur les modes de budgétisation utilisés depuis 1995-1996 par les régies régionales;
- ♦ évaluation des systèmes d'information relative aux services des missions CLSC et CHSLD;
- ♦ examen des rapports et des documents d'orientation à l'égard des politiques concernant les programmes pour les adultes en perte d'autonomie, les jeunes et leur famille;

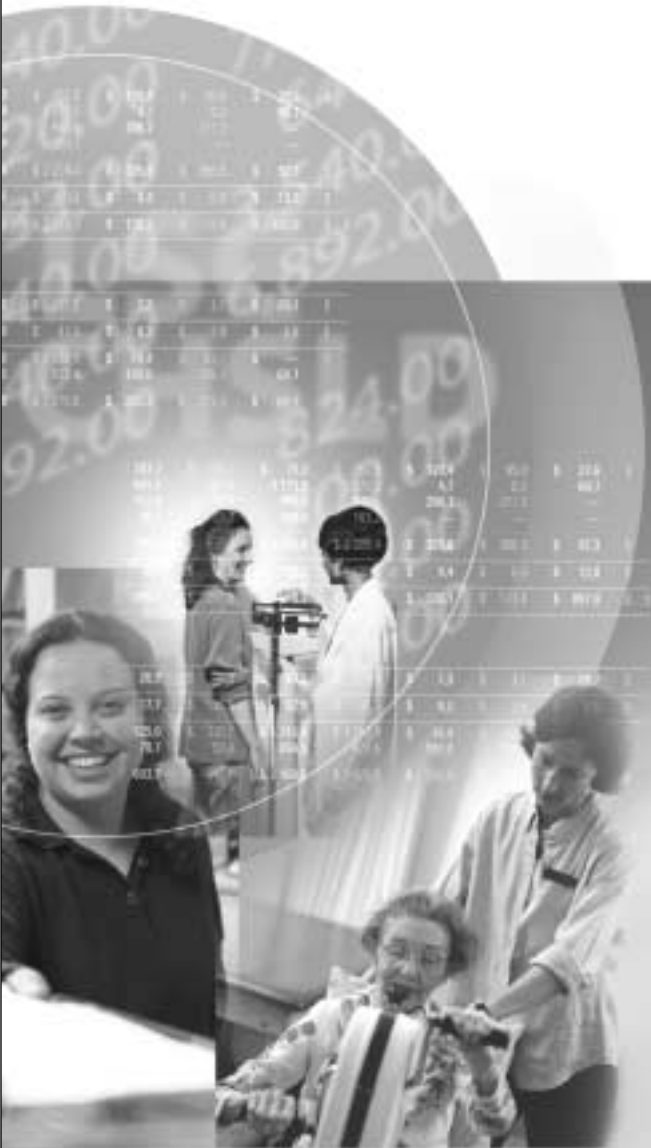
- ♦ réflexion sur le processus général d'allocation des ressources pour les établissements de santé et de services sociaux et son adéquation aux établissements englobant la mission CLSC et CHSLD;
- ♦ application du modèle concernant l'allocation interrégionale des budgets.

Le Comité a été assisté dans ses travaux par deux comités consultatifs et par un groupe de travail interne du Ministère. Le Comité n'a procédé à aucune consultation générale auprès des partenaires du secteur, mais il a tenu compte de l'analyse et des recommandations de la Commission d'étude sur la santé et les services sociaux qui avait déjà procédé à une consultation élargie sur les questions touchant l'organisation et le financement des services.

Enfin, le rapport a été rédigé en essayant de respecter les expressions généralement utilisées par le Ministère et les établissements. Il y a cependant deux exceptions importantes. Premièrement, on désigne depuis plusieurs années les programmes en y ajoutant le mot clientèle. Cette expression n'est pas correcte, car il est plus juste d'utiliser les mots usagers ou bénéficiaires dans le secteur public où il n'y a pas de relation acheteur vendeur. De plus, les programmes sont des programmes de services et non des programmes de bénéficiaires. Nous avons donc utilisé, soit le mot programme seul ou, soit l'expression programme de services. Deuxièmement, le programme pour les personnes âgées en perte d'autonomie est en fait un programme qui s'adresse à tous les adultes et non pas seulement aux personnes âgées. On a donc utilisé l'expression programme pour les adultes en perte d'autonomie.

La situation des CLSC et des CHLSD

Chapitre 2



2 LA SITUATION DES CLSC ET DES CHSLD

2.1 Les caractéristiques des établissements

La Loi sur les services de santé et les services sociaux¹ prévoit que les différents types de service puissent être fournis par cinq catégories d'établissements, à savoir :

- ◆ le centre local de services communautaires (CLSC),
- ◆ le centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CH ou CHSGS),
- ◆ le centre de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ),
- ◆ le centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD),
- ◆ le centre de réadaptation (CR).

Au cours des années 90, à la suite des fusions et des regroupements, un nombre de plus en plus grand d'établissements du réseau sont devenus multivocationnels, de sorte que les catégories légales d'établissements correspondent plutôt maintenant à des catégories de mission. Si l'on veut analyser la budgétisation des CLSC et des CHSLD, il faut donc approcher la question en considérant tous les établissements qui ont la mission CLSC et CHSLD. La loi² définit les deux types de mission de la manière suivante :

- a)** La mission d'un CLSC est d'offrir, en première ligne, des services de santé et des services sociaux courants et, à la population du territoire qu'il dessert, des services de santé et des services sociaux de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion;
- b)** La mission d'un CHSLD est d'offrir, de façon temporaire ou permanente, un milieu de vie substitut, des services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance ainsi que des services de réadaptation, psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques et médicaux aux adultes qui, en raison de leur perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel, malgré le soutien de leur entourage.

Comme l'indique le tableau 1, il y avait, au 31 mars 2001, un total de 386 établissements qui assumaient l'une ou l'autre des deux missions.

1. Lois refondues du Québec, Éditeur officiel du Québec, c. S-4.2, article 79.

2. Articles 80 et 83.

Depuis 1990, le nombre d'établissements, ayant la responsabilité d'une mission exclusive CLSC ou CHSLD, est passé de 593 à 226, ce qui reflète non seulement la politique de regrouper les établissements qui donnent des services similaires ou complémentaires dans une région immédiate, mais également l'objectif d'offrir le plus possible des services intégrés et continus aux bénéficiaires. Ainsi, le nombre d'établissements offrant une mission combinée CLSC-CHSLD, qui était de 13 en 1990, est maintenant de 47. Il existe également des établissements qui ont aussi cette mission combinée à laquelle s'ajoute la mission d'un CH et qui peuvent être reconnus sous la nouvelle appellation de « centre de santé » en vertu de l'article 92 de la loi. Les centres de santé sont devenus ainsi, depuis 1992, une nouvelle catégorie d'établissements. Lorsque cette modification a été introduite, elle fut réservée aux établissements qui offraient des services dans des territoires étendus où la densité de la population était faible. L'article de loi fut amendé par la loi 28, en juin 2001, pour que cette désignation puisse être maintenant utilisée dans toutes les régions du Québec. Au 31 mars 2001, il y avait 30 établissements reconnus comme centre de santé, et ce nombre est en croissance car plusieurs autres centres désirent ainsi se prévaloir de la nouvelle désignation, compte tenu des nombreuses fusions qui ont eu lieu au cours des dernières années.

Tableau 1 Nombre d'établissements publics assumant les missions CLSC et CHSLD au 31 mars 2001

Missions assumées	Nombre d'établissements
CLSC	67
CHSLD	159
CHSLD-CLSC	47
CHSLD-CH	69
CHSLD-CLSC-CH	22
Autres combinaisons	22*
Total	386

* De ce nombre, huit établissements ont la combinaison CHSLD-CLSC-CH à laquelle s'ajoutent une ou plusieurs autres missions.

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux.

2.2 Les dépenses des missions CLSC et CHSLD

Compte tenu de la diversité des établissements qui assument les missions CLSC et CHSLD, la seule façon de décrire l'étendue des services offerts est de procéder à un regroupement d'activités qui sont rapportées dans les rapports financiers et statistiques des établissements et qui correspondent aux responsabilités des deux missions. Ce regroupement a été fait en respectant la structure des programmes de services, qui est utilisée par le Ministère depuis le début des années 90 et qui répartit les ressources financières du réseau sociosanitaire en huit programmes. Ces programmes servent de cadre de référence aux politiques de santé et de services sociaux. Ils ne sont toutefois pas l'objet de décision opérationnelle dans le déroulement du processus budgétaire, car ils sont, en fait, reconstitués *a posteriori* à partir des rapports financiers et statistiques.

Le tableau 2 présente les huit programmes et les dépenses encourues pour chacun d'eux par l'ensemble des établissements du réseau au cours de 2000-2001. Les dépenses totalisaient 10 723,9 millions de dollars et le programme le plus important, du point de vue financier, a été celui de santé physique, à savoir : les soins généraux et spécialisés de courte durée, dont le niveau de dépenses se chiffre à 4 925,2 millions de dollars. Viennent ensuite, en termes d'importance budgétaire, le programme pour les adultes en perte d'autonomie (2 601,5 millions de dollars), le programme de santé mentale (994,8 millions de dollars) et le programme pour les jeunes et leur famille (840,0 millions de dollars). Les autres programmes sont celui pour la santé publique (246,2 millions de dollars), le programme pour la déficience physique (473,6 millions de dollars) et pour la déficience intellectuelle (574,7 millions de dollars) et, enfin, celui pour l'alcoolisme et la toxicomanie (67,9 millions de dollars).

Tableau 2 Dépenses des missions CLSC et CHSLD par rapport aux programmes de services en 2000-2001

Programmes de services	Total	CLSC		CHSLD	
	(M\$)	(M\$)	(%)	(M\$)	(%)
Santé physique	4 925,2	248,1	5,0		
Santé mentale	994,8	130,1	13,1		
Santé publique	246,2	196,6	79,9		
Jeunes et famille	840,0	103,4	12,3		
Adultes en perte d'autonomie	2 601,5	270,7	10,4	2 307,5	88,7
Déficiences physique	473,6	117,1	24,7		
Déficiences intellectuelle	574,7	18,4	3,2		
Alcoolisme et toxicomanie	67,9	0,1	0,1		
Total	10 723,9	1 084,4	10,1	2 307,5	21,5

Note : Les dépenses des régions 10,17 et 18 ne sont pas incluses dans ce tableau.

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Le tableau 2 présente également pour chaque programme, la proportion des dépenses des missions CHSLD et CLSC³. Les dépenses de la mission CHSLD sont constituées des dépenses pour l'hébergement institutionnel, pour les services gériatriques et connexes (gériatrie, centres de jour et autres) et pour l'hébergement non institutionnel. Ces dernières se trouvent en totalité à l'intérieur du programme pour les adultes en perte d'autonomie. Le coût de ces services était en 2000-2001 de 2 307,5 millions de dollars, ce qui équivalait à 88,7 % des dépenses du programme et à 21,5 % des dépenses totales des programmes.

Quant aux dépenses de la mission CLSC, elles représentaient 10,1 % des dépenses totales et elles étaient réparties entre tous les programmes. Près de 50 % sont allées au programme de santé physique et au programme pour les adultes en perte d'autonomie, soit respectivement 248,1 millions et 270,7 millions de dollars. En ce qui concerne les autres programmes, les interventions de type CLSC sont relativement importantes comme on peut le constater pour le programme de santé publique où elles représentent 79,9 % des dépenses, soit 196,6 millions de dollars. Celles-ci servent

3. On trouvera en annexe du présent chapitre, deux tableaux donnant la ventilation des dépenses de services par centre d'activités des missions CHSLD et CLSC.

principalement à des activités liées aux services scolaires et à la santé maternelle et infantile, lesquelles sont également complémentaires à celles du programme pour les jeunes et la famille au montant de 103,4 millions de dollars. On peut donc dire qu'au total, environ 27 % des dépenses des CLSC vont au secteur enfant, jeune et famille.

Il faut souligner que les dépenses CLSC par programme incluent celles qui sont faites pour les services de soutien à domicile. Ceux-ci ne constituent pas en soi un programme mais plutôt un type de services pour les bénéficiaires de différents programmes. Comme le montre le tableau 3, les dépenses totales de soutien à domicile sont de 550,0 millions de dollars et les services sont offerts à 95,3 % par les CLSC. On remarque que plus de 50 % des dépenses sont faites pour le programme des adultes en perte d'autonomie, mais elles sont aussi relativement importantes pour les programmes de déficience physique (116,4 millions) et de santé physique (116,3 millions de dollars). Dans ce dernier cas, il s'agit principalement de dépenses pour des soins de courte durée après un séjour d'hospitalisation.

**Tableau 3 Dépenses des services de soutien à domicile
par programme de services en 2000-2001**

Programmes de services	Dépenses totales	Dépense de la mission CLSC*	
	(M\$)	(M\$)	(%)
Santé physique	119,2	116,3	97,6
Santé mentale	6,9	6,9	100,0
Adultes en perte d'autonomie	280,9	266,1	94,7
Déficience physique	123,7	116,4	94,1
Déficience intellectuelle	19,3	18,3	94,8
Total	550,0	524,0	95,3

* Les dépenses comprennent l'ensemble des dépenses de soutien à domicile excluant les dépenses pour les organismes communautaires.

Note : Les dépenses des régions 10,17 et 18 ne sont pas incluses dans ce tableau.

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux.

2.3 L'évolution des dépenses depuis 1994-1995

Avant de décrire l'évolution des dépenses des missions CLSC et CHSLD, il convient d'examiner tout d'abord comment les différents programmes de services ont été touchés par les politiques budgétaires depuis 1994-1995. Comme nous le verrons plus en détail au chapitre 3, les compressions

budgétaires pour éliminer le déficit gouvernemental ont débuté en 1995-1996 et elles ont été particulièrement importantes au cours des trois premières années, jusqu'en 1997-1998, année au cours de laquelle les dépenses de l'ensemble des programmes du secteur sociosanitaire ont atteint un creux. Pour faire l'analyse de la période, le tableau 4 fait donc une comparaison entre l'évolution des dépenses des programmes de service avant et après 1997-1998.

Tableau 4 Évolution des dépenses par programme de services, 1994-1995, 1997-1998 et 2000-2001

Programmes de services	1994-1995	1997-1998	2000-2001	Taux de croissance	
				Période 1	Période 2
	(M\$)	(M\$)	(M\$)	(%)	(%)
Santé physique	4 390,6	4 050,4	4 925,2	- 7,7	21,6
Santé mentale	852,2	902,5	994,8	5,9	10,3
Santé publique	178,7	234,5	246,2	31,2*	5,1
Jeunes et famille	735,7	694,9	840,0	- 5,5	20,9
Adultes en perte d'autonomie	2 265,2	2 294,5	2 601,5	1,3	13,3
Déficiences physique	334,9	359,1	473,6	7,2	31,9
Déficiences intellectuelle	500,2	466,7	574,7	- 6,7	23,1
Alcoolisme et toxicomanie	46,6	53,8	67,9	15,5	26,2
Total	9 304,1	9 056,4	10 723,9	- 2,7	18,4

* En 1994-1995, près de 16 M\$ du centre d'activité 6510 - Santé maternelle et infantile étaient imputés au programme de santé physique. De plus, près de 12,4 M\$ du centre d'activité 7122 - Intervention communautaire étaient alloués dans les autres programmes. Si l'imputation de ces deux centres d'activités était demeurée identique de 1994-1995 à 1997-1998, le taux de croissance aurait été plutôt d'environ 13 %.

Note : Les dépenses des régions 10,17 et 18 ne sont pas incluses dans ce tableau.

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux.

On constate que les dépenses totales de programmes sont passées de 9 304 millions en 1994-1995 à 9 056 millions de dollars en 1997-1998. C'est le programme des soins de santé physique de courte durée qui a connu la plus forte baisse, soit - 7,7 %, les dépenses ayant passé de 4 391 millions à 4 050 millions de dollars. Deux autres programmes ont aussi subi une baisse significative, soit jeunes et famille (- 5,5 %) et

déficience intellectuelle (– 6,7 %). Le programme pour les adultes en perte d'autonomie est quant à lui resté stable.

Après 1997-1998, tous les programmes sont à la hausse, ce qui entraîne une croissance des dépenses totales de 18,4 % (taux annuel de 5,8 %), lesquelles passent de 9 056 millions à 10 724 millions de dollars en 2000-2001. La moitié de l'augmentation, soit 875 millions sur 1 668 millions de dollars, provient du programme de santé physique, dont la croissance est de 21,6 % (6,7 % annuellement). Tous les autres programmes, sauf la santé publique, connaissent une croissance de plus de 10 %. Les programmes jeunes et famille et déficience intellectuelle, qui avaient diminué avant 1997-1998, augmentent de plus de 20 % durant les trois années suivantes.

Le tableau 5 permet de mettre en relation les dépenses des missions CLSC et CHSLD avec celles de l'ensemble des programmes de services pour chacune des années, de 1994-1995 à 2000-2001. On peut constater, premièrement, que les dépenses de la mission CHSLD ont évolué à un rythme inférieur à la moyenne des programmes, le taux annuel moyen de croissance étant de 1,5 % par comparaison avec 2,4 %. Elles ont aussi évolué à un rythme inférieur aux dépenses du programme pour adultes en perte d'autonomie (2,3 % selon les données du tableau 4), dont elles constituaient 88,7 % du total en 2000-2001.

Tableau 5 Évolution des dépenses totales des missions CLSC et CHSLD par rapport aux dépenses totales de services de 1994-1995 à 2000-2001

Années	Programmes de services (M\$)	Croissance annuelle (%)	Mission CLSC (M\$)	Croissance annuelle (%)	Mission CHSLD (M\$)	Croissance annuelle (%)
1994-1995	9 304,1		639,6		2 113,7	
1995-1996	9 257,9	- 0,5	682,9	6,8	2 094,9	- 0,9
1996-1997	9 125,9	- 1,4	758,1	11,0	2 135,8	2,0
1997-1998	9 056,4	- 0,8	818,5	8,0	2 082,3	- 2,5
1998-1999	9 287,4	2,6	892,7	9,1	2 052,8	- 1,4
1999-2000	9 774,2	5,2	983,3	10,2	2 106,1	2,6
2000-2001	10 723,9	9,7	1 084,4	10,3	2 307,5	9,6
Taux moyen de croissance		2,4		9,2		1,5

Note : Les dépenses des régions 10,17 et 18 ne sont pas incluses dans ce tableau.

Source : Ministère de la santé et des services sociaux.

Par ailleurs, les dépenses de la mission CLSC ont quant à elles augmenté beaucoup plus rapidement, la croissance annuelle moyenne ayant été de 9,2 %, ce qui donne une augmentation totale de 69,5 %. Les activités des CLSC apparaissent donc comme une priorité importante durant cette période, notamment en raison du développement des services à domicile dont les dépenses sont passées de 294,8 millions en 1994-1995 à 550,0 millions de dollars en 2000-2001. Comme le montrait précédemment le tableau 3, 95,3 % de ces dépenses étaient assumées par les CLSC en 2000-2001.

2.4 La situation financière des établissements des missions CLSC et CHSLD

Comme les missions CLSC et CHSLD ne correspondent pas à des catégories exclusives d'établissements, il est impossible de faire à leur égard une analyse exacte de leur situation financière. En effet, l'allocation budgétaire que reçoit un établissement multivocationnel est globale et il n'y a pas de critères pour déterminer si les dépenses d'un service offert entraînent ou non un déficit. Pour contourner cette difficulté, on a comptabilisé les déficits en retenant les établissements dont la mission principale était de type CLSC et CHSLD. Le tableau 6 montre ainsi l'évolution des déficits de ces établissements en comparaison des déficits de tous les établissements.

On remarque tout d'abord que pour l'ensemble du réseau, le montant des déficits a augmenté substantiellement de 1995-1996 à 1999-2000, passant de 33,8 à 553,4 millions de dollars. En pourcentage des dépenses de programmes, leur niveau est passé de 0,4 à 5,7 %. Après la correction des bases budgétaires en 2000-2001, le montant des déficits a baissé à 142,1 millions de dollars. Les estimations préliminaires, pour 2001-2002, laissent prévoir que les déficits sont de nouveau à la hausse, ce qui indique, sans équivoque, la difficulté à contrôler l'augmentation des dépenses par rapport à l'évolution des besoins, à l'intérieur des paramètres de la politique de financement.

Tableau 6 Évolution des déficits des établissements de type CLSC-CHSLD par rapport à l'ensemble des établissements

Années	Déficit de tous les établissements	Établissements de type CLSC-CHSLD	% de (2) par rapport à (1)
	(1)	(2)	2 / 1
	(M\$)	(M\$)	(%)
1995-1996	33,8	6,9	20,4
1996-1997	134,2	18,1	13,5
1997-1998	254,9	26,0	10,2
1998-1999	401,5	38,2	9,5
1999-2000	553,4	56,3	10,2
2000-2001	142,1	8,9	6,3
Total de la période	1 519,9	156,8	10,3

N.B. : Les déficits correspondent aux résultats financiers des établissements avant analyse des activités principales et accessoires.

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Par ailleurs, en ce qui concerne les établissements de type CLSC et CHSLD, leurs déficits seraient passés, sur la base de l'estimation utilisée, de 6,9 millions en 1995-1996 à 56,3 millions de dollars en 1999-2000. Comme pour l'ensemble des établissements, ils ont été aussi moins élevés en 2000-2001, soit 8,9 millions de dollars. Durant la période, leur proportion par rapport à l'ensemble a été en moyenne de 10,3 %, ce qui est inférieur au poids de leurs dépenses qui étaient de 28,6 % en 2000-2001.

Tableau 7 Ventilation des dépenses par centre d'activités pour les services de la mission CHSLD en 2000-2001

Services et centres d'activités		Dépenses (M\$)
1	Services d'hébergement institutionnel	
	6060 — Soins infirmiers de longue durée	585,1
	6160 — Soins d'assistance	525,0
	Soutien*	894,9
	Sous-total	2 005,0
2	Services gériatriques et connexes	
	6050 — Soins infirmiers particuliers de courte durée	17,6
	6058 — Gériatrie active	56,7
	6290 — Hôpital de jour	8,5
	6380 — Services ambulatoires de psychogériatrie	2,0
	6564 — Services psychosociaux (psychologie)	1,7
	6960 — Centre de jour	32,4
	7910 — Besoins spéciaux	1,4
	7999 — Autres activités	5,1
	Soutien*	112,8
	Sous-total	238,3
3	Hébergement non institutionnel	
	6430 — Ressources intermédiaires (encadrement)	2,5
	6440 — Ressources de type familial (allocation)	4,5
	6450 — Autres ressources (allocation)	3,5
	6990 — 6991 — Hébergement en pavillon	25,5
	Soutien*	17,9
	Sous-total	53,9
4	Services divers	
	Soutien*	10,2
Total		2 307,5

* Les dépenses de soutien regroupent les dépenses liées à l'administration des services (CA : 6000, 7150, 7200, 7300, 7340, 7530, 7650, 7690) et les dépenses liées à l'hôtellerie (CA : 7320, 7550, 7600, 7640, 7700, 7710, 7800).

Note : Les régions 10, 17 et 18 ne sont pas incluses.

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Tableau 8 Ventilation des dépenses par centre d'activités pour les services de la mission CLSC en 2000-2001

Services et centres d'activités		Dépenses (M\$)
1 Services à domicile		
6060 — Soins infirmiers de longue durée		136,9
6350 — Inhalothérapie		6,3
6530 — Aide à domicile		131,4
6561 — Services psychosociaux		52,9
7080 — Services aux familles de personnes handicapées (allocation)		24,5
7160 — Ergothérapie et physiothérapie		6,2
7121 — Intervention communautaire		35,1
Soutien*		130,7
Sous-total		524,0
2 Santé publique		
6510 — Santé maternelle et infantile		50,7
6540 — Services dentaires préventifs		12,0
6580 — Prévention et protection de la santé publique		10,8
6591 — Services en milieu scolaire		37,5
7110 — Nutrition		9,1
7122 — Intervention communautaire		17,3
Soutien*		56,4
Sous-total		193,9
3 Jeunes et famille		
6562 — Services psychosociaux		45,7
6592 — Services en milieu scolaire		26,9
Soutien*		30,1
Sous-total		102,7
4 Santé mentale		
6562 — Services psychosociaux		50,4
6930 — Intégration et réintégration		31,5
Soutien*		39,8
Sous-total		121,7
5 Santé physique		
6307 — Services de santé courants		53,8
6606 — Laboratoires et centres de prélèvements		7,9
Soutien*		30,0
Sous-total		91,7
6. Autres services		
6090 — Info Santé (dépenses non imputées)		33,8
Soutien*		16,5
Sous-total		50,3
Total		1 084,4

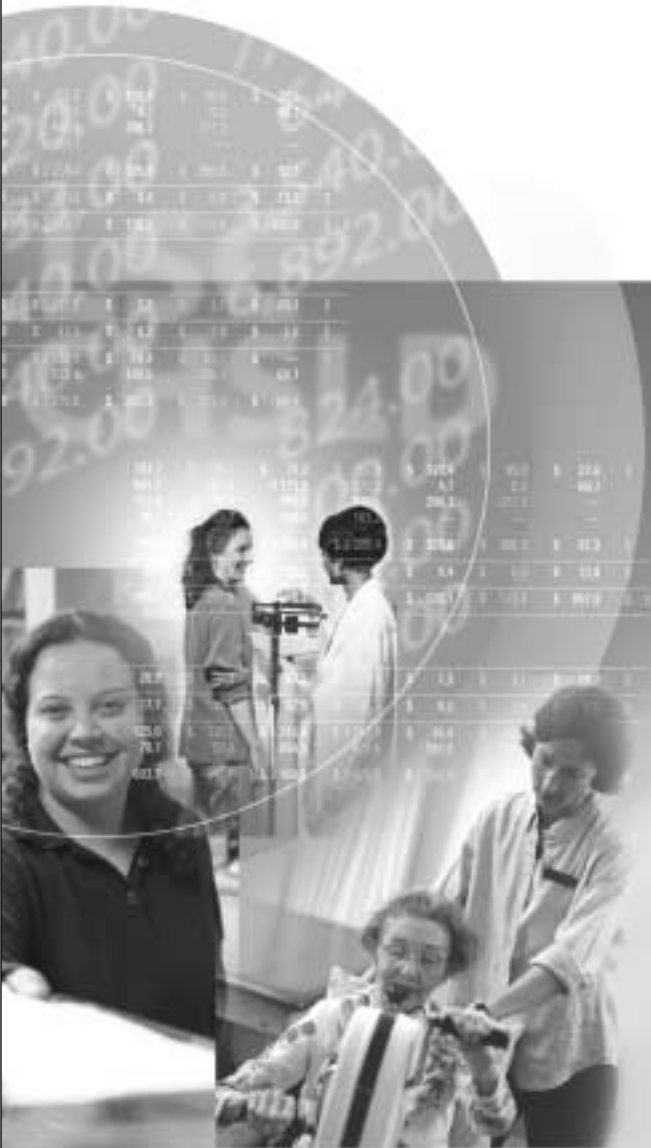
* Les dépenses de soutien regroupent les dépenses liées à l'administration des services (CA : 6000, 7150, 7200, 7300, 7340, 7530, 7650, 7690) et les dépenses liées à l'hôtellerie (CA : 7320, 7550, 7600, 7640, 7700, 7710, 7800).

Note : Les régions 10, 17 et 18 ne sont pas incluses.

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Le processus budgétaire actuel

Chapitre 3



3 LE PROCESSUS BUDGÉTAIRE ACTUEL

Le présent chapitre vise à décrire le processus budgétaire actuel, en commençant par une analyse des dispositions légales qui régissent l'allocation interrégionale des ressources financières et la budgétisation des établissements sociosanitaires. Le processus théorique, découlant de ces dispositions, sera ensuite comparé à celui qui a été suivi depuis 1995-1996 par le Ministère et par les régies régionales. Le présent chapitre se termine par une évaluation de l'approche budgétaire actuelle et des problèmes qui en résultent. La section du texte décrivant les dispositions légales est en partie tirée du rapport sur la budgétisation des CHSGS, puisque les mêmes dispositions s'appliquent à toutes les catégories d'établissements⁴.

3.1 Les dispositions légales régissant le processus budgétaire du réseau sociosanitaire

Le processus budgétaire actuel a été établi en 1994-1995, lorsque le Ministère a décidé de décentraliser certaines de ses responsabilités et de confier aux régies régionales la responsabilité d'allouer les budgets aux établissements du réseau sociosanitaire ainsi que celle de financer les établissements privés conventionnés et de subventionner les organismes communautaires. Le cycle budgétaire passe donc par trois niveaux d'intervenants, à savoir : le Ministère, les régies régionales et les établissements, et il se fait en deux étapes, soit du Ministère vers les régies régionales et ensuite des régies régionales vers les établissements. La Loi sur les services de santé et les services sociaux détermine les responsabilités de chacun des niveaux à l'intérieur du cycle et précise certaines modalités de son déroulement.

4. Comité sur la réévaluation du mode de budgétisation des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés, *La budgétisation et la performance financière des centres hospitaliers*, ministère de la Santé et des Services sociaux, janvier 2002, 152 p. chapitre 2.

3.1.1 Le rôle et les responsabilités du Ministère

Le rôle et les responsabilités du Ministère dans le cycle budgétaire sont déterminés aux articles 463 à 465 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux⁵. Il est notamment spécifié que :

- a) le ministre doit voir à la répartition interrégionale des ressources nécessaires au financement du système de santé et de services sociaux en fonction des populations à desservir et de leurs caractéristiques sociosanitaires (article 463);
- b) le ministre établit des mécanismes d'allocation des ressources, afin de permettre aux régies régionales de gérer les enveloppes budgétaires qui leur sont allouées;
- c) le ministre établit des règles budgétaires pour déterminer le montant des dépenses admissibles aux subventions à allouer aux régies régionales de même que le montant des subventions visant à atteindre l'équité interrégionale (article 464);
- d) le ministre établit également des règles budgétaires applicables aux régies régionales quant à leur gestion et à l'allocation des budgets aux établissements (article 465);
- e) le ministre approuve le plan de répartition des ressources financières que lui soumet chaque régie régionale (article 463).

La Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau d'établissements publics (applicable à compter de l'année financière 2000-2001) est venue compléter ces dispositions en précisant tout d'abord l'obligation pour les régies régionales et les établissements publics de respecter l'enveloppe budgétaire régionale, c'est-à-dire de maintenir l'équilibre entre les dépenses et les revenus de façon à ne pas encourir de déficit. Le ministre peut, dans ce contexte, indiquer à une régie régionale des modalités d'allocation des ressources applicables à un ou à plusieurs établissements de sa région et, ultimement, assumer l'administration provisoire d'une régie ou d'un établissement si les objectifs de la loi ne sont pas respectés.

5. *Lois refondues du Québec*, Éditeur officiel du Québec, c. S-4.2.

En résumé, en ce qui concerne le processus d'allocation des ressources, la Loi sur les services de santé et les services sociaux spécifie, d'une part, de quelle façon doit se faire la répartition interrégionale, c'est-à-dire en fonction des populations de façon à avoir une consommation équitable de services, et, d'autre part, de quelle façon le ministre peut intervenir auprès des régies régionales. Il peut le faire en établissant des mécanismes d'allocation de ressources (article 403) et des règles budgétaires portant sur l'allocation des budgets aux établissements (article 465). Le ministre intervient également en approuvant le plan de répartition des ressources soumis par chaque régie régionale, mais il ne peut pas prendre part directement pour fixer le budget des établissements, sauf par exception en vertu de la Loi sur l'équilibre budgétaire, adoptée en 2000.

La Loi sur les services de santé et les services sociaux manque par ailleurs de clarté en ce qui concerne le processus budgétaire lui-même. Comme il vient d'être mentionné, elle fait référence à trois outils décisionnels qui ne sont pas définis et dont les interrelations ne sont pas précisées, à savoir : les mécanismes d'allocation des ressources, les règles budgétaires et le plan de répartition des ressources financières. S'est ajoutée récemment la loi 28⁶ (sanctionnée le 21 juin 2001), dont l'objectif est d'améliorer la gouverne du réseau par l'introduction d'un nouveau plan stratégique triennal d'organisation des services, qui donnera lieu à des ententes annuelles de gestion et d'imputabilité entre le Ministère et les régies régionales. Celle-ci spécifie que le plan triennal doit être conforme aux ressources financières mises à la disposition de chaque régie régionale et cette dernière spécification laisse supposer qu'il y aura éventuellement des enveloppes budgétaires triennales, pratique qui n'existe pas actuellement au sein du gouvernement du Québec.

Le Comité est d'avis que le Ministère devrait élaborer un guide sur le processus budgétaire qui préciserait les mécanismes d'allocation des ressources et les règles budgétaires quant à l'allocation des budgets aux établissements et qui ferait le lien entre les plans stratégiques triennaux, les ententes de gestion et les plans de répartition des ressources. Ce guide est d'autant plus nécessaire que les établissements sont eux aussi assujettis à l'élaboration d'un plan stratégique triennal et à la conclusion d'une entente annuelle de gestion avec leur régie régionale.

6. *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives*, Éditeur officiel du Québec, 2001.

3.1.2 Le rôle et les responsabilités des régies régionales

La Loi sur les services de santé et les services sociaux définit les responsabilités d'une régie régionale dans le processus d'allocation budgétaire en quatre points :

- a) concevoir et mettre en œuvre des plans d'organisation de services en vue de répondre aux besoins de la population; ces plans doivent être conformes aux politiques établies par le Ministère et tenir compte des ressources financières prévues à cette fin (article 347);
- b) répartir les ressources financières mises à la disposition de chaque régie pour la mise en œuvre des plans régionaux d'organisation des services et allouer les budgets de fonctionnement des établissements en procédant à une répartition équitable des ressources en tenant compte des particularités de la population de sa région (article 350 en relation avec l'article 405);
- c) assurer le contrôle des budgets alloués (article 351);
- d) faire enquête auprès d'un établissement si le maintien de l'équilibre budgétaire est menacé (article 414).

Selon ces dispositions, l'objectif premier du mandat des régies régionales sur le plan budgétaire est de répartir les ressources financières entre les établissements, afin de réaliser les plans régionaux d'organisation des services nécessaires pour répondre aux besoins de la population. Ce mandat s'arrime bien avec celui du Ministère qui a, pour sa part, la responsabilité de procéder à l'allocation interrégionale des ressources en fonction des besoins de la population. Comme les plans régionaux d'organisation des services doivent être conformes aux politiques du Ministère et que ce dernier établit également les règles budgétaires applicables aux régies régionales quant à l'allocation des budgets (article 465), on peut penser que l'ensemble du processus budgétaire repose de prime abord sur un cadre légal satisfaisant. Il soulève toutefois un problème de cohérence découlant de la dichotomie suivante.

En effet, malgré le fait que la loi demande que l'allocation interrégionale soit basée sur les besoins de la population de chaque région, de façon à assurer une consommation équitable des services, la gestion du système de santé est quant à elle essentiellement organisée selon une structure de production. Les régies régionales sont ainsi entièrement responsables de tous les soins offerts sur leur territoire, quelle que soit l'origine des patients,

alors que, selon la loi, elles devraient être financées que pour les soins consommés par leurs résidants. Comme il existe des échanges importants de services entre les régions, il faut trouver un mécanisme qui puisse faire l'interface au plan régional entre la consommation et la production. Un tel mécanisme sera proposé au chapitre 4 dans le cadre de la révision du processus budgétaire.

3.1.3 Le rôle et les responsabilités des établissements

La Loi sur les services de santé et les services sociaux définit les responsabilités budgétaires des établissements de la façon suivante :

- ◆ établir annuellement les règles et les modalités de répartition des ressources financières entre les différents postes budgétaires, suivant les besoins propres à leur plan d'organisation (article 283);
- ◆ préparer les prévisions budgétaires de fonctionnement afin de rendre les services essentiels à la réalisation de leur mission, à partir du montant total communiqué par la régie régionale et en conformité avec les paramètres budgétaires transmis par le ministre à la régie (articles 284 et 285);
- ◆ informer la régie régionale du budget adopté et soumettre, s'il y a lieu, un plan d'équilibre budgétaire pour que les prévisions de dépenses et de revenus soient en équilibre (articles 285 et 286);
- ◆ transmettre à la régie régionale des rapports périodiques relatifs à l'utilisation du budget et au fonctionnement de l'établissement (article 288).

Conformément à ces dispositions, l'établissement reçoit annuellement de sa régie régionale le montant total des ressources financières qui peut être utilisé à la réalisation de sa mission. Comme il a l'entière responsabilité de répartir les ressources entre les différents postes de son budget, l'établissement est en fait financé selon la méthode du budget global. Il est tenu de préparer des prévisions budgétaires qui sont équilibrées ou de préparer un plan d'équilibre si elles ne le sont pas. Le budget adopté est transmis à la régie régionale uniquement pour information.

Comme la régie a la responsabilité d'assurer, en cours d'année, le contrôle des budgets alloués, elle a le pouvoir de demander à l'établissement des rapports périodiques, sans pouvoir toutefois intervenir directement dans la gestion d'un établissement pour corriger une situation budgétaire

problématique. Le ministre peut le faire provisoirement en vertu de l'article 490 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux ou en vertu de l'article 497 si le gouvernement l'autorise à maintenir une intervention pour plus de 120 jours.

3.1.4 Le processus théorique découlant des dispositions de la Loi sur les services de santé et les services sociaux

Si l'on intègre dans une même séquence les dispositions de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, le processus budgétaire allant du Ministère vers les régies régionales et ensuite vers les établissements devrait se dérouler selon les trois étapes suivantes :

- 1) le calcul des enveloppes régionales par le Ministère en fonction des besoins de la population et du principe d'équité interrégionale, en vue de financer la mise en œuvre des plans régionaux d'organisation des services;
- 2) le calcul par les régies régionales du montant total du budget de fonctionnement de chacun des établissements, afin qu'ils puissent fournir les services, découlant de leur mission, prévus dans le plan régional d'organisation des services;
- 3) la préparation par chaque établissement de prévisions budgétaires équilibrées et établies en fonction des besoins propres de son organisation.

Le processus doit respecter trois critères, à savoir :

- ◆ être établi en fonction de la population;
- ◆ viser l'équité interrégionale;
- ◆ financer les services prévus dans la mission des établissements et dans le plan d'organisation des services.

Au point de départ du processus, le niveau des ressources financières disponibles pour le fonctionnement du réseau a déjà été déterminé par le gouvernement et a été approuvé par l'Assemblée nationale. Théoriquement, pour franchir l'étape suivante du processus, à savoir : la répartition interrégionale en fonction des besoins de la population, il serait nécessaire d'utiliser un indice de répartition calculé selon une approche populationnelle qui consiste à estimer les besoins d'une sous-population à partir de la consommation moyenne de l'ensemble de la population,

pondérée selon les caractéristiques reflétant les besoins, principalement l'âge, le sexe et le statut socioéconomique (statut parental, revenu, scolarisation, etc.). On obtiendrait ainsi un indice pondéré par personne et la répartition qui en découlerait devrait finalement être ajustée pour tenir compte des échanges interrégionaux de services, étant donné que les régies régionales n'ont pas la responsabilité de financer la consommation de services à l'extérieur de leur territoire.

Comme les besoins relatifs des populations régionales varient selon les types de service, le calcul des indices pondérés doit être adapté à chaque programme et les enveloppes budgétaires devraient être ventilées par programme. À la fin du processus d'allocation, les enveloppes budgétaires régionales devraient avoir alors deux caractéristiques. En premier lieu, pour des populations régionales comparables, les services offerts devraient être comparables. En second lieu, pour des services comparables, le financement devrait être aussi équivalent.

Une fois l'allocation interrégionale déterminée, la deuxième étape viserait à établir le budget de fonctionnement de chaque établissement. Comme les ressources financières auraient été réparties équitablement entre les régions, il faut logiquement que les régies régionales traduisent l'équité régionale en équité intrarégionale, c'est-à-dire en équité interétablissement. En ce faisant, une régie régionale pourrait faire face à deux situations possibles :

- ◆ si les coûts moyens de ses établissements étaient supérieurs à ceux de l'ensemble des régions, il faudrait qu'elle tente de diminuer ces coûts pour offrir des services comparables;
- ◆ si, par contre, les coûts moyens étaient inférieurs, il serait alors possible pour cette régie d'offrir un niveau plus élevé de services.

À la troisième étape du processus budgétaire, les établissements prépareraient leurs prévisions budgétaires en fonction des services prévus et en fixant des niveaux d'efficience compatibles avec ces services, ce qui pourrait exiger une diminution du coût pour les établissements dont la performance est sous la moyenne. Les rapports périodiques de suivi budgétaire permettraient de vérifier si les objectifs relatifs aux services et aux coûts ont été atteints et si la situation budgétaire évolue vers un équilibre ou un déficit.

En résumé, pour répondre aux exigences de la loi, le processus budgétaire demande à la première étape, une approche populationnelle tenant compte des échanges interrégionaux; à la deuxième étape, il exige une analyse des

services et des coûts par établissement pour déterminer un budget compatible avec les objectifs relatifs aux services; enfin, à la troisième étape, il nécessite la préparation, par chaque établissement, de prévisions budgétaires cohérentes, établies en fonction des paramètres décisionnels des régies régionales et du Ministère.

Le processus théorique ci-dessus ne tient pas compte des interrelations entre le processus budgétaire et le processus de gouverne qui a été introduit par la loi 28. Le tableau 9 essaie donc de faire le lien entre les deux processus en mettant en parallèle toutes les étapes légales exigées pour l'un et l'autre des processus.

Les deux processus ne sont pas indépendants l'un de l'autre. Par exemple, si un établissement veut faire son plan annuel de gestion qui décrit les objectifs et les moyens en relation avec les ressources disponibles, il doit avoir reçu de la régie régionale son enveloppe budgétaire pour la prochaine année. Or, pour que la régie régionale puisse envoyer à un établissement son budget, elle doit d'abord faire approuver par le ministre son plan de répartition annuelle, ce qui suppose alors que le Ministère ait lui-même procédé préalablement à la répartition annuelle des budgets entre les régions. La loi sur l'équilibre budgétaire spécifie, par ailleurs, à l'article 6 qu'une régie régionale doit envoyer aux établissements leur budget de fonctionnement dans les trois semaines après qu'elle ait reçu l'enveloppe budgétaire qui lui est allouée. Il faut donc que la régie régionale ait fait approuver, durant cet intervalle de trois semaines, son plan de répartition des ressources.

Tableau 9 Interrelations possibles entre les étapes du processus de gouverne et celles du processus budgétaire

PROCESSUS DE GOUVERNE	PROCESSUS BUDGÉTAIRE
A) Ministère	A) Ministère
Plan stratégique triennal	Répartition triennale des ressources entre les régions*
Plan annuel de gestion*	Répartition annuelle des budgets entre les régions
B) Régies régionales	B) Régies régionales
Plan stratégique triennal d'organisation des services	
Plans d'organisation des services	Plan de répartition des ressources approuvé par le Ministère
Entente annuelle de gestion et d'imputabilité avec le Ministère	
♦ Plan annuel de gestion	Répartition des ressources entre les établissements
♦ Rapport annuel de gestion	
C) Établissements	C) Établissements
Entente annuelle de gestion et d'imputabilité avec la régie régionale	
♦ Plan d'action annuel	Préparation des devis budgétaires
♦ Rapport de gestion annuel	Rapport financier annuel

* Cette étape n'est pas explicitement requise par la Loi sur les services de santé et les services sociaux mais elle est logiquement nécessaire pour que les processus prévus fonctionnent.

On peut, ainsi de suite, essayer de préciser l'enchaînement des éléments exigés par le processus de gouverne et le processus budgétaire. Pour vérifier si les deux processus sont véritablement opérationnels, il faut tenter de les intégrer dans un cheminement critique qui place la séquence de chaque élément en fonction des approbations et des décisions qui sont exigées. Le fait que les processus se promènent entre trois niveaux rend l'exercice d'élaboration du cheminement très difficile. Les ententes annuelles de gestion et d'imputabilité et les plans annuels de gestion qui les soutiennent doivent-ils être élaborés avant ou après la répartition des ressources à chaque niveau? Si l'appariement des processus n'est pas fait, le Comité craint que les possibilités de télescopage entre les différentes étapes vont empêcher de les mettre en application de manière intégrale.

3.2 Le processus budgétaire suivi depuis 1995-1996

Par rapport aux dispositions légales, comment le processus budgétaire s'est-il déroulé au cours des dernières années? Comme cela a été mentionné précédemment, les régies régionales assument la responsabilité de répartir les ressources financières entre les établissements depuis 1995-1996, ce qui coïncide avec le début de la politique gouvernementale visant l'atteinte du déficit zéro. Cette politique s'est traduite par des compressions budgétaires importantes dans le secteur des services sociosanitaires, ce qui a entraîné la mise en application par les régies régionales de plans de transformation triennaux de 1995-1996 à 1997-1998, suivi à partir de 1998-1999 de plans de consolidation ou de modernisation pour accroître l'efficacité des activités.

Au cours des dernières années, les bénéficiaires des services ont été les témoins d'une évolution des structures et des pratiques, dont les éléments les plus stratégiques ont été la diminution des services institutionnels et les fermetures de lits qui ont d'abord touché les soins de santé de courte et de longue durée, pour se répercuter ensuite sur les autres services qui sont en aval, à savoir : les soins ambulatoires et les services à domicile. La section qui suit essaie de faire un bilan de cette période pour évaluer comment, en pratique, le processus décisionnel s'est déroulé par rapport aux dispositions prévues dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour l'allocation des ressources et la budgétisation des CLSC et des CHSLD.

3.2.1 L'allocation interrégionale des ressources par le Ministère

En général, la politique budgétaire du Ministère pour le financement du réseau de la santé et des services sociaux est la même, quelle que soit la catégorie d'établissements ou les programmes qui sont en cause. Seuls quelques activités ou projets non récurrents sont identifiés et traités séparément. Comme l'allocation interrégionale des ressources englobe indifféremment les CHSGS, les CLSC ou les CHSLD, le texte qui suit reprend en partie la description du processus qui a été présenté dans le rapport du Comité sur la réévaluation du mode de budgétisation des CHSGS.

a) L'approche

Pour comprendre comment le Ministère a procédé au cours des dernières années, il est important de préciser, au point de départ, que les crédits nécessaires au financement du fonctionnement des établissements de santé et de services sociaux sont tous regroupés à l'intérieur du budget du Ministère dans un seul programme intitulé « Fonctions régionales ». Comme le montre le tableau 10, il s'agit du programme 2 qui se compose de cinq éléments, dont le deuxième a trait au financement des établissements de santé et de services sociaux, et pour l'année financière 2001-2002, le montant prévu est de 10,1 milliards de dollars.

Tableau 10 Budget du ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001-2002, Programme 2 – Fonctions régionales

Éléments	Crédits
	(000 \$)
1. Régies régionales*	93 994,3
2. Établissements de santé et de services sociaux	10 105 265,7
3. Soutien aux organismes communautaires	236 077,1
4. Activités connexes**	1 399 306,3
5. Service de la dette	516 496,7
Total	12 351 140,1

* Les crédits de l'élément 1 concernent le fonctionnement des régies régionales.

** Les principaux postes de cet élément sont les dépenses relatives aux médecins résidents, au système de sang, au régime de retraite et aux services préhospitaliers d'urgence.

Source : Conseil du trésor, budget de dépenses 2001-2002.

La répartition de l'enveloppe budgétaire des établissements se fait à chaque année en deux étapes. La première étape consiste à déterminer les ressources nécessaires au fonctionnement des activités récurrentes de base d'une année à l'autre. Le Ministère utilise alors la méthode de reconduction des budgets, indexés, s'il y a lieu, pour tenir compte du coût des ajustements salariaux et de la hausse prévue des prix des autres dépenses. La seconde étape porte sur l'allocation des crédits de développement, à laquelle s'ajoutent, selon les années, des mesures de correction à la baisse ou à la hausse des bases budgétaires. Les méthodes de répartition utilisées à cette seconde étape sont diverses, mais elles sont en général axées sur les orientations et les priorités d'action ministérielles, par exemple, sur les

plans de désengorgement des urgences ou sur la réduction des listes d'attente en santé physique.

Quant à l'approche visant une plus grande équité interrégionale exigée par la Loi sur les services de santé et les services sociaux, le Ministère ne l'a mise en application que pour ajuster la répartition des compressions et pour établir les réallocations budgétaires durant la période de transformation du réseau, soit de 1995-1996 à 1997-1998. Il l'a aussi mise en application pour répartir ensuite certains crédits additionnels visant à améliorer des services, tels que les services à domicile, et à financer l'alourdissement des soins destinés aux personnes hébergées. Au total, on peut dire que l'approche basée sur l'équité interrégionale n'a été utilisée que très partiellement et de façon marginale, alors que la loi la place au cœur du processus. De plus, le Ministère n'a jamais explicitement établi un montant annuel de subventions visant à réduire les écarts de consommation de services comme l'exige l'article 464 de la loi.

Ce qui caractérise également le processus actuel d'allocation est le fait qu'il soit basé sur une approche uniquement globale. Les crédits votés par l'Assemblée nationale, en 2001-2002, pour le fonctionnement des établissements portent sur une somme totale de 10,1 milliards de dollars sans aucune ventilation indiquant les programmes de services devant éventuellement être mis en place par les établissements. On peut dire que la façon dont les crédits du Ministère sont préparés et présentés empêche l'Assemblée nationale de suivre l'évolution de ces programmes et de connaître les ressources qui s'y rattachent. Elle handicape également le Ministère lorsque l'on procède à des arbitrages dans le cadre de la politique budgétaire gouvernementale, puisque les conséquences des choix sur les services de santé et les services sociaux ne sont pas explicitement pris en compte dans le processus de décision. Ces difficultés se répercutent ensuite sur les régies régionales puisque, mis à part quelques budgets protégés, ces dernières reçoivent à leur tour une enveloppe budgétaire globale. Celle-ci est accompagnée d'une lettre du ministre indiquant quelles sont les orientations qui doivent être poursuivies, mais ces indications ne sont pas quantifiées ou ciblées, sauf partiellement pour les crédits de développement, lesquels seront fondus l'année suivante dans l'enveloppe globale.

Nous avons souligné au chapitre précédent que le Ministère utilise depuis une dizaine d'années un regroupement des ressources financières du réseau en huit programmes, mais comme ceux-ci ne sont pas intégrés au cycle budgétaire, ils ne sont pas l'objet de décisions opérationnelles à

l'intérieur du déroulement du processus budgétaire⁷. En fait, les ressources véritablement engagées pour chacun des programmes ne sont connues qu'*a posteriori*, soit après la publication des rapports financiers des établissements. Comme ces derniers présentent leurs dépenses selon la structure comptable des centres d'activités, le coût des programmes est estimé par imputation. Ainsi, alors que le budget pour l'année 2001-2002 a été préparé, l'information la plus récente sur les programmes concernait l'année 1998-1999, ce qui constitue un écart de trois ans. Au moment de l'application du budget, il était impossible pour le Ministère de connaître précisément les ressources qui étaient consacrées à un programme donné ou à une de ses composantes, par exemple, les services de soutien à domicile à l'intérieur du programme pour les personnes en perte d'autonomie. Il est donc difficile, à l'intérieur d'un tel processus budgétaire, d'exiger un véritable régime de reddition de comptes et d'imputabilité axé sur l'atteinte d'objectifs. Compte tenu de ce contexte, les orientations budgétaires du Ministère apparaissent *a posteriori* comme ayant été les suivantes.

b) Les orientations budgétaires

La période de 1995-1996 à 2001-2002 a commencé par une phase de compressions budgétaires qui fut dictée par la politique visant à éliminer le déficit gouvernemental, mais qui était, aussi, tout à fait justifiée par les possibilités qui s'offraient d'améliorer l'efficacité et l'efficacé des services grâce aux nouvelles pratiques médicales permettant le développement des soins ambulatoires. Ce virage ambulatoire s'est inscrit dans une politique générale dont l'orientation était de diminuer l'utilisation des ressources institutionnelles au profit des services externes, c'est-à-dire les services de soutien à domicile. Pour réaliser cette réorientation, le réseau d'établissements fit face au double défi d'absorber les compressions demandées et en même temps de dégager les ressources internes pour financer la transformation des services.

Les régies régionales durent ainsi assumer leur nouvelle responsabilité d'allocation des budgets aux établissements dans le contexte d'une stratégie très contraignante. Les plans triennaux qu'elles se sont données en 1995-1996 furent dépassés par l'effet cumulatif des compressions qui se sont ajoutées au cours des deux années suivantes. En 1997-1998, avant que les compressions ne soient allégées, le réseau d'établissements se dirigeait vers un niveau de déficit équivalant à plus de 5 % des dépenses de

7. Voir le tableau 2 à la section 2.2 du présent chapitre.

fonctionnement. Le secteur des soins de courte durée fut responsable de la plus grande partie de cet écart.

Après la phase des fortes compressions, l'année financière 1998-1999 apparaît comme une année de transition. Devant l'importance des déficits budgétaires, le gouvernement réduisit au minimum l'effort de réduction des dépenses, en le limitant au non-financement de l'augmentation des prix et des salaires et en prenant en charge la dette découlant des mesures de transformation et de départs volontaires. Malgré ces allègements, le réseau a de nouveau enregistré, à la fin de l'année 1998-1999, des déficits relativement importants⁸.

À partir de 1999-2000, le Ministère est passé d'une stratégie de compression à une stratégie de stabilisation du réseau dont les objectifs étaient d'éliminer la pratique des déficits et d'aider ensuite à maintenir l'équilibre financier. Au plan budgétaire, ceci s'est traduit par quatre mesures principales :

- ◆ la prise en charge de la dette accumulée,
- ◆ le rehaussement des bases budgétaires,
- ◆ le financement des augmentations de coût,
- ◆ l'injection de nouvelles ressources pour diminuer les listes d'attente dans les soins spécialisés et ultraspécialisés de courte durée.

Des ressources additionnelles ont également été accordées pour accroître l'offre des soins de longue durée et des services de soutien à domicile de même que pour répondre aux besoins de certaines clientèles prioritaires des programmes de santé mentale et de services aux jeunes. C'est pour appuyer cette stratégie de stabilisation que le Ministère a présenté les deux lois sur l'équilibre budgétaire et sur la gouvernance du réseau, de façon à accroître la responsabilisation des régions régionales et des établissements au plan de la gestion budgétaire et de l'organisation des services. Après trois ans d'efforts, la situation financière du réseau demeure toutefois tendue puisque l'abcès déficitaire refait encore surface annuellement.

8. Voir le tableau 6 du chapitre précédent.

3.2.2 La budgétisation des CLSC et des CHSLD par les régies régionales

Lorsque les régies régionales ont pris, en 1995-1996, la responsabilité de répartir les budgets entre les établissements, elles ont hérité d'une situation financière qui était le résultat de l'application, durant de nombreuses années, de la méthode du budget global historique. La répartition des ressources qui s'était établie entre les sous-régions, entre les programmes de services ou entre les établissements ne répondait, en fait, à aucun critère défini et uniforme d'offre de services par rapport aux populations à desservir. Pour pouvoir mettre en application l'objectif de transformation du réseau durant la phase de compressions budgétaires, les régies régionales ont eu comme première tâche d'élaborer une méthode pour répartir équitablement les efforts demandés et pour ensuite réorganiser les services par un redéploiement des ressources.

Pour soutenir et concilier les orientations gouvernementales de la politique budgétaire et de la politique de santé et de bien-être, toutes les régies régionales ont mis beaucoup d'efforts pour se donner une vision cohérente de l'organisation des services qu'elles ont articulés dans l'élaboration des plans triennaux de transformation et de consolidation des services. Pour répondre le mieux possible aux besoins de la population, les régies régionales ont privilégié les objectifs d'équité intrarégionale et les mesures permettant d'accroître l'accessibilité, la complémentarité et la continuité des services. Du point de vue de l'efficacité, elles ont en général rationalisé les activités internes et protégé les services directs à la population.

En pratique, les stratégies régionales de compressions et de redéploiement de ressources furent très interreliées puisque les mesures de réorganisation se traduisaient par des économies dont une partie pouvait être réinvestie. De façon générale, l'approche utilisée par les régies régionales pour élaborer leurs plans de transformation du réseau et des services fut la suivante :

- ◆ le regroupement d'établissements de même catégorie et la réduction des capacités de soins internes,
- ◆ la fusion d'établissements pour créer des établissements multivocationnels visant à améliorer l'offre de services intégrés,
- ◆ la modification des pratiques professionnelles en faveur des soins ambulatoires,
- ◆ la rationalisation des services de soutien et d'administration,
- ◆ le développement des services alternatifs à l'hospitalisation et à l'hébergement.

La source des économies générées par la transformation provenait surtout des soins de santé de courte durée, et pour récupérer ces économies, les régies régionales ont utilisé des modes de budgétisation à l'égard des CHSGS, qui consistaient à réviser les bases budgétaires en fonction des diminutions de capacité, à cibler des améliorations potentielles d'efficience ou à appliquer une méthode normative pour définir des coûts unitaires et des niveaux de service.

L'approche budgétaire que les régies régionales ont utilisée pour les établissements des missions CLSC et CHSLD a été différente de celle utilisée pour les CHSGS. Tout d'abord, plusieurs régies régionales ont exempté de compressions les CLSC et les CHSLD, puisque leurs services étaient essentiels à l'atteinte des objectifs de transformation du réseau. De plus, comme leurs services sont complémentaires pour répondre aux besoins des personnes en perte d'autonomie, ce sont ces établissements qui ont été particulièrement touchés par la politique de fusion de façon à accroître l'efficience et l'efficacité des services à l'intérieur d'une structure d'organisation multivocationnelle.

Enfin, en ce qui concerne la budgétisation proprement dite des CLSC et des CHSLD, les régies régionales ont innové en faisant évoluer la méthode de reconduction des budgets historiques vers une méthode basée sur l'approche populationnelle et ceci, afin d'améliorer l'équité intrarégionale et l'accessibilité aux services locaux. Ces efforts de rationalisation ont touché à la fois les services de soutien à domicile et les services en CHSLD pour lesquels on a élaboré soit des indices de dépenses par personne (soutien à domicile), soit des indices de ressources (nombre de lits d'hébergement par 100 de population) ou soit des indices de besoins de services (nombre d'heures de soins par jour, par catégorie de bénéficiaires).

L'utilisation de tels indices pour rééquilibrer les répartitions intrarégionales des budgets a été facilitée lorsque le Ministère a procédé à des ajouts de ressources pour le développement des services, qui tenaient compte également au préalable de l'équité interrégionale. Toutefois, en procédant séparément à des essais de normalisation, les régies régionales ont développé des méthodes différentes de budgétisation. L'information disponible ne permet pas de faire des comparaisons précises sur les écarts intrarégionaux, mais comme on le verra au chapitre 5, les écarts interrégionaux de services demeurent encore relativement importants.

3.3 Une réponse aux besoins jugée insatisfaisante

Au cours des dernières années, même si le Ministère a remplacé la politique des compressions par une stratégie de stabilisation, les établissements font valoir qu'ils sont parfois placés dans une situation de devoir financer certains coûts de convention collective ou de mesures imprévues qu'ils ne peuvent absorber que par une baisse de niveaux de service. De plus, les intervenants régionaux et locaux qui gèrent les programmes des missions CLSC et CHSLD ont aussi montré à plusieurs reprises que les ressources consacrées à ces programmes ne permettent pas de répondre de façon satisfaisante aux besoins. Pour corriger le problème, ils demandent qu'il y ait une plus grande « équité interprogrammes », en soulignant notamment que la réponse aux besoins qui est généralement de 100 % pour les soins de santé de courte durée, chute parfois à un niveau de 70 % et moins pour les soins de santé de longue durée lorsque le même bénéficiaire passe d'un CHSGS à un CHSLD.

En fait, le taux de réponse aux besoins diffère beaucoup d'une région à l'autre. Ainsi, selon les estimations les plus récentes⁹ le taux d'hébergement par 100 personnes, âgées de 65 ans et plus, varie de 3,1 à 4,7 lits en 1999. Les régions utilisent également différentes grilles d'évaluation pour déterminer le niveau de soins, et les ratios utilisés varient de 3,2 à 4,5 heures-soins par jour, avec des taux de réponse aux besoins compris entre 55 et 87 %, la moyenne étant de 74,2 % pour l'ensemble du Québec.

En ce qui concerne les services de soutien à domicile, une bonne part du financement actuel provient des économies découlant de la réduction des lits de courte durée et de longue durée, ce qui se traduit inévitablement par un niveau de financement inégal d'une région à l'autre. Dans un rapport sur les services en CLSC et en CHSLD, le Vérificateur général du Québec a constaté que les plafonds maximaux de services peuvent varier de 4,5 à 45 heures entre les régions. Enfin, par comparaison avec les autres provinces, on note que le Québec dépense beaucoup moins pour le soutien à domicile car, en 1999-2000, la dépense par personne se situait à 65,32 dollars en regard de 82,21 dollars pour l'ensemble du Canada¹⁰.

9. Estimation au 1^{er} juillet 1999, Institut de la statistique du Québec, version de novembre 2001.

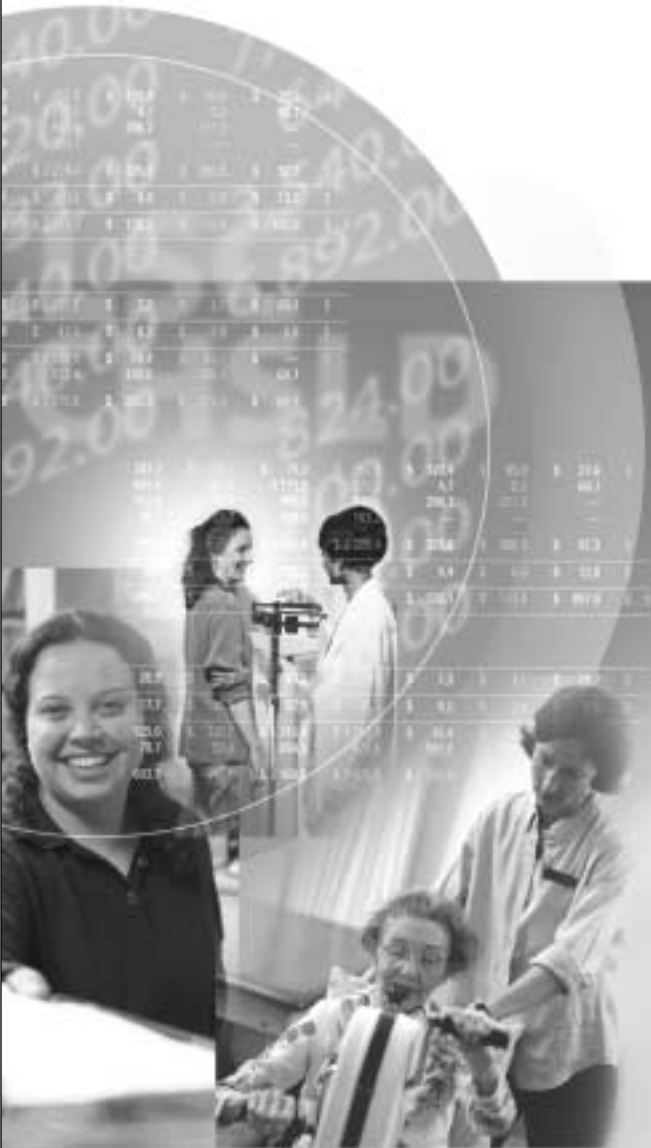
10. RAYMOND CHABOT GRANT THORNTON, Examen des modes d'allocation des ressources financières aux centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés, pour la période de 1995-1996 à 2000-2001 (rapport présenté à la Conférence des régions régionales), 2000, 34 p. et annexes.

Les services offerts aux jeunes dans les programmes jeunes et famille et santé publique ont été, quant à eux, l'objet de deux rapports depuis deux ans. Le premier rapport, provenant d'un groupe d'experts présidé par M. André Lebon, a évalué que les dépenses, en 1998-1999, par jeune âgé de 0 à 17 ans ont varié entre les régions de 66,56 à 204,32 dollars. Le second rapport, préparé par l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec, a calculé que pour financer adéquatement une offre minimale de services de base en CLSC aux familles, aux enfants et aux jeunes, il faudrait accroître les ressources financières d'environ 85 millions de dollars.

Les intervenants du secteur ont, de toute évidence, raison de juger l'offre de services insatisfaisante par rapport aux besoins. Toutefois, il n'était pas dans le mandat du Comité de se prononcer sur le niveau du financement accordé aux CLSC et aux CHSLD. Le Comité considère qu'il serait difficile, voire impossible, de régler correctement et complètement cette question à l'intérieur du processus budgétaire actuel, étant donné qu'on ne peut pas faire le suivi de l'utilisation d'une allocation de ressources faite à des fins précises. En mettant en place une méthode de budgétisation qui tiendra compte de la dynamique des programmes, de l'évolution de la demande et de l'offre de services, et qui présentera une évaluation rigoureuse de besoins financiers par programme, il deviendra possible de prendre des décisions éclairées sur le choix des priorités quant au niveau de ressources, sur la répartition interrégionale de celles-ci et sur les mesures nécessaires pour que le réseau des établissements de santé et de services sociaux fonctionne de façon équilibrée.

La révision du processus budgétaire

Chapitre 4



4 LA RÉVISION DU PROCESSUS BUDGÉTAIRE

La politique budgétaire suivie depuis 1995-1996 a eu comme conséquence, au début, de ralentir la croissance des dépenses de soins de santé de courte durée et de permettre une réallocation des ressources dans le développement de services alternatifs à l'hospitalisation et à l'hébergement. En faisant ce redéploiement, les régies régionales ont essayé également de corriger des problèmes d'iniquité intrarégionale dans l'accessibilité aux services, ce qui les a amenées à introduire, dans la budgétisation des établissements, de nouveaux paramètres relatifs aux volumes et aux coûts.

Malgré les changements introduits, les programmes offerts par les CLSC et les CHSLD demeurent, à plusieurs égards, problématiques. Le diagnostic de la situation a été évoqué à quelques reprises dans les énoncés de politique du Ministère de même que dans les rapports du Bureau du Vérificateur général. L'analyse du chapitre précédent confirme le bien-fondé de ce diagnostic qui se résume en deux points : d'une part, les normes et l'accessibilité aux services varient à la fois entre les régions et parfois à l'intérieur des régions et, d'autre part, les systèmes d'information et l'utilisation de différentes grilles d'évaluation ne permettent pas encore de mesurer de façon comparable le volume et la lourdeur des services et des soins.

Par comparaison avec les établissements de soins de santé de courte durée, la situation financière des CLSC et des CHSLD est demeurée relativement équilibrée au cours des dernières années, étant donné la possibilité de limiter, à court terme, leur offre de services au niveau des ressources disponibles, en ne répondant qu'à une partie des besoins. Toutefois, au cours des prochaines années, non seulement faudra-t-il accroître les ressources pour améliorer la qualité des soins, mais la croissance des besoins pour les services, tels le soutien à domicile et l'hébergement des personnes âgées, va augmenter plus rapidement que celle des soins de santé de courte durée. Il est important, dans cette perspective, de mettre en place un processus d'allocation et un mode de budgétisation qui va aider à résoudre, à court terme, les problèmes mentionnés précédemment et permettre à long terme de gérer de façon plus efficace les programmes offerts par les CLSC et les CHSLD.

Le présent chapitre aborde donc la révision du processus budgétaire à l'égard des programmes des missions CLSC et CHSLD. Il comprend deux parties, soit une discussion des règles de base à respecter et une proposition d'un nouveau processus budgétaire visant le budget du Ministère, sa répartition interrégionale et ensuite la répartition

intrarégionale des ressources, c'est-à-dire la budgétisation des établissements.

4.1 Les règles de base du processus budgétaire

Le processus budgétaire est un ensemble de procédures qui visent à faire l'allocation des ressources financières afin de permettre aux établissements du réseau d'accomplir leur mission. À ce titre, il établit les contraintes financières que les administrateurs devront respecter. Les décisions qui en découlent ont donc des conséquences importantes sur la gestion opérationnelle des établissements puisqu'elles déterminent ultimement le niveau des services disponibles à la population. Compte tenu de leurs conséquences, de telles décisions doivent avoir deux qualités. Il faut, d'une part, qu'elles soient crédibles pour les gestionnaires qui souhaitent que les ressources qui leur sont confiées et les contraintes qui s'y rattachent permettent un fonctionnement optimum de leur établissement. Il faut, d'autre part, que les décisions soient équitables car les bénéficiaires s'attendent à ce que la distribution des ressources entre les régions et les établissements soit faite en tenant compte de leurs besoins relatifs.

Pour que les décisions soient crédibles et équitables, le Comité est d'avis que le processus budgétaire devrait respecter quatre règles principales¹¹ :

- ◆ la règle de l'équivalence des services et des ressources,
- ◆ la règle de la performance,
- ◆ la règle de la cohérence,
- ◆ la règle de la transparence et de l'imputabilité.

La règle de l'équivalence des services et des ressources — *Le processus budgétaire doit faire en sorte que, pour des populations ayant des besoins comparables, les services offerts soient comparables et que, pour des services similaires, les ressources disponibles soient équivalentes.*

La règle de l'équivalence des services et des ressources vise à garantir une accessibilité de services qui sera semblable pour l'ensemble de la population, en conformité avec les objectifs de la politique ministérielle de la santé et des services sociaux. Cette règle s'adresse tant au Ministère qu'aux

11. Ces règles sont similaires à celles formulées pour la budgétisation des CHSGS dans le rapport sur « la budgétisation et la performance des centres hospitaliers ». Elles sont ici adaptées à l'ensemble du processus budgétaire de tous les établissements, plutôt qu'à la seule étape de la budgétisation des CHSGS.

régies régionales : elle signifie que l'allocation interrégionale des ressources respectera le principe de l'équité et que la budgétisation des établissements sera basée sur une méthode comparable d'estimation de leurs besoins financiers. Si la répartition des ressources ne respecte pas cette règle, il faut qu'il y ait un rééquilibrage des ressources disponibles en faveur des régions défavorisées et, à l'intérieur des régions, en faveur des établissements qui sont sous financés. L'application équitable de la règle de l'équivalence dépend principalement de la façon dont on définit et mesure les besoins, lesquels varient en fonction des caractéristiques démographiques et, aussi, en fonction de facteurs socioéconomiques complexes dont il n'est pas facile d'apprécier l'impact. C'est notamment le cas du phénomène de la défavorisation qui se manifeste de façon différente selon les milieux de vie. Le défi est de tenir compte non seulement des besoins généraux de la population mais aussi des besoins spécifiques des groupes qui la composent.

La règle de la performance — *Le processus budgétaire doit favoriser une gestion des ressources qui est orientée vers la recherche de la performance.*

Cette deuxième règle vise à souligner que la préoccupation de la performance doit être au centre du processus budgétaire. La performance est un concept multidimensionnel qui essaie de mesurer la qualité de la gestion d'un établissement, soit en comparant ses résultats aux objectifs qui lui avaient été spécifiés ou, soit en les comparant à ceux d'établissements similaires. Du point de vue de la gestion des services, la recherche de la performance vise à améliorer la satisfaction des besoins de la population, alors que du point de vue de la gestion des coûts, elle vise à minimiser les dépenses de production des services. Dans un contexte plus large, la performance a aussi une dimension qualitative liée à la pertinence des services et à la satisfaction des bénéficiaires. L'application de la règle de la performance doit donc viser à garder un équilibre entre la qualité des services et l'efficience en termes de coût.

La règle de la cohérence — *Le processus budgétaire doit intégrer de façon cohérente l'ensemble des facteurs qui conditionnent le fonctionnement du réseau sociosanitaire.*

La règle de la cohérence a deux aspects. Le premier a trait au fait que le processus budgétaire implique trois niveaux décisionnels, à savoir : le Ministère, les régies régionales et les établissements. Pour qu'il y ait cohérence, il faut qu'il y ait une suite logique entre la détermination du budget du Ministère, l'allocation interrégionale des ressources et la budgétisation des établissements. Quant au deuxième aspect, il vise à tenir

compte de l'environnement socioéconomique dans lequel opèrent les établissements et auquel ils doivent s'adapter. L'environnement socio-économique comprend des facteurs comme l'inflation, l'éloignement, la dispersion de la population et les caractéristiques sociales qui ont des conséquences sur la demande de services. L'application de la règle de la cohérence doit viser à compenser l'impact financier de ces facteurs. Si l'on prend l'exemple des services à domicile, la nécessité de couvrir des territoires relativement peu peuplés entraîne des coûts supplémentaires dont il faut tenir compte dans la répartition des ressources.

En intégrant l'influence de tous les facteurs pertinents, la règle de la cohérence aidera à faire une évaluation, la plus juste possible, des besoins financiers de façon à rendre explicite les choix de priorité qui doivent être faits. Le défi est de parvenir à la fois à un équilibre de la situation financière des établissements et à un équilibre entre l'offre et la demande de services, de façon à éviter, d'une part, les déficits et, d'autre part, les délais et les files d'attente. Si l'on ne respecte pas la règle de la cohérence, il s'ensuivra une incapacité du réseau à respecter les contraintes qu'on essaie indirectement de lui imposer par la voie du processus budgétaire.

La règle de la transparence — *Le processus budgétaire doit être transparent de façon à ce que les gestionnaires, à tous les niveaux, soient en mesure d'assumer la responsabilité des résultats de leurs décisions.*

La règle de la transparence exige que le processus budgétaire soit basé sur des procédures claires, connues et comprises par tous les gestionnaires. En précisant les objectifs et les contraintes qui doivent être respectés, il est possible d'exiger en retour une reddition de comptes tout aussi précise et transparente. Dans la perspective d'un régime d'imputabilité, les quatre règles du processus budgétaire sont en fait complémentaires. L'équité dans l'accessibilité aux services dépend de l'équité dans la distribution des ressources et si chaque établissement a des ressources adéquates par rapport à sa mission et à son environnement, il est alors possible de lui fixer des attentes justifiées au plan de la performance. On touche ici à une des lacunes importantes dont se plaignent les gestionnaires du réseau des CLSC et des CHSLD. D'une part, ils ne peuvent pas se référer à une définition claire du panier de services découlant de leur mission et il n'y a pas de règle standard quant aux ressources budgétaires sur lesquelles ils peuvent compter. C'est une situation qui équivaut en fait à une absence de processus budgétaire.

RECOMMANDATION 1

Le Comité recommande que le processus budgétaire, dans lequel s'insèrent les CLSC et les CHSLD, soit basé sur les quatre règles suivantes :

- /// la règle de l'équivalence des services et des ressources, afin de garantir à toute la population l'accessibilité aux services de même qualité;
- /// la règle de la performance, afin d'orienter la gestion des ressources vers la recherche d'un équilibre entre la qualité des services et l'efficacité en termes de coût;
- /// la règle de la cohérence, afin de tenir compte de l'ensemble des facteurs qui conditionnent le fonctionnement du réseau sociosanitaire;
- /// la règle de la transparence, afin que les gestionnaires soient en mesure d'assumer les résultats de leurs décisions.

4.2 La proposition d'un nouveau cadre budgétaire

L'analyse de la pratique budgétaire actuelle et de la situation des CLSC et des CHSLD fait ressortir plusieurs difficultés qui empêchent d'avoir une gestion efficace et efficiente du système de santé et des services sociaux. Ces difficultés touchent à la fois la budgétisation du Ministère, la répartition interrégionale des ressources et la budgétisation des établissements. Elles se résument ainsi.

- a) Le budget du Ministère pour le fonctionnement des établissements est constitué d'une seule enveloppe globale qui a été établie sans faire une relation précise avec les besoins financiers découlant de l'évolution à court terme des programmes de services.
- b) Le Ministère procède à une répartition interrégionale des ressources qui est essentiellement basée sur la reconduction des dépenses historiques des établissements. Cette répartition ne répond pas aux dispositions de la loi du Ministère qui exige qu'elle soit faite en fonction des besoins de la population. Elle suit une logique de production de services et il n'existe aucun mécanisme faisant une interface entre la production et la

consommation, de façon à garantir une accessibilité aux services qui soit équitable.

- c) Le Ministère n'a émis aucune règle sur la répartition intrarégionale des ressources, et chaque régie régionale procède selon un mode de budgétisation de ses établissements qui lui semble le plus approprié. En pratique, l'allocation des ressources ne s'est pas beaucoup éloignée de la reconduction des budgets historiques, même si les réallocations budgétaires, faites au cours des dernières années à partir des compressions budgétaires ou des subventions spéciales accordées par le Ministère, ont permis de réduire les iniquités intrarégionales des programmes de soutien à domicile et d'hébergement des adultes. Toutefois, l'absence d'information sur des indicateurs comparables de services et sur les coûts afférents empêche de faire des analyses de performance comparative des établissements qui ont des missions CLSC et CHSLD.

Pour corriger ces difficultés qui touchent à chacun des niveaux de responsabilités, le Comité est d'avis qu'il est absolument nécessaire de revoir l'ensemble de la mécanique budgétaire et du processus décisionnel. Nous rejoignons ici le même constat que celui du Comité sur la réévaluation du mode de budgétisation des CHSGS. Le premier problème à résoudre est celui de l'arrimage entre les ressources et les services.

4.2.1 L'arrimage entre les ressources et les services

Les méthodes budgétaires traditionnelles¹², comme le budget global, ont le grand avantage d'être simple à utiliser. La base budgétaire est historique et le calcul de la croissance se fait à l'aide d'un taux composite global, reflétant le poids et l'évolution des principaux blocs de dépenses. Le budget global a toutefois le désavantage de n'établir aucune relation entre les dépenses et les services produits. C'est une approche qui vise prioritairement à faciliter le contrôle au niveau de la dépense totale, quel que soit le niveau de performance des établissements. Lorsque les revenus sont en forte croissance, personne ne souffre des iniquités implicites qui sont engendrées et qui restent cachées par la méthode. Il en est autrement en période de restrictions budgétaires lorsque ces dernières se traduisent en déficit pour plusieurs établissements.

12. Pour une description des différentes méthodes budgétaires, voir le rapport sur la budgétisation et la performance financière des centres hospitaliers, chapitre 3.

Pour corriger les iniquités des méthodes budgétaires traditionnelles et pour orienter les gestionnaires et les établissements vers la recherche de la performance, il faut absolument faire l'arrimage entre les ressources et les services en introduisant le concept de programme dans le processus budgétaire. En 1993, un groupe de travail du Ministère sur l'allocation des ressources financières avait proposé la définition de programme suivante¹³ :

[...] un programme est défini comme un ensemble de services et d'activités intégrées, destinées à une clientèle particulière ou à une population, visant des résultats spécifiques et pour lequel sont consenties des ressources humaines, matérielles et financières.

Cette définition fait bien ressortir la relation qui existe entre les services, les objectifs poursuivis et les ressources utilisées. Depuis le rapport de ce Groupe de travail, les activités du Ministère sont analysées selon une structure qui comprend les programmes suivants :

- ◆ la santé physique,
- ◆ la santé mentale,
- ◆ la santé publique,
- ◆ les adultes en perte d'autonomie,
- ◆ la déficience intellectuelle,
- ◆ la déficience physique,
- ◆ les jeunes et la famille,
- ◆ l'alcoolisme et la toxicomanie.

Actuellement, l'information sur ces programmes, qui ne sont pas directement l'objet de décisions opérationnelles, est uniquement le résultat *a posteriori* des activités du réseau sociosanitaire. Si l'on décidait d'introduire la dimension « services » dans le processus budgétaire, les enveloppes financières du Ministère, des régies régionales et des établissements devraient être alors ventilées en programmes, lesquels seraient l'objet de décision *a priori* à chacun de ces trois niveaux de responsabilité.

Le Comité n'a pas procédé à une analyse détaillée visant à questionner la composition précise des programmes faite à partir des renseignements des rapports financiers et statistiques. Il a utilisé les définitions et les ventilations déjà en usage au Ministère, afin de ne pas créer de confusion

13. GROUPE DE TRAVAIL SUR L'ALLOCATION DES RESSOURCES FINANCIÈRES, Cadre de référence sur l'allocation des ressources dans le contexte de la gestion par programmes et de la décentralisation des activités, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1993, 93 p.

dans les données et les nomenclatures. Toutefois, le Comité est d'avis que cette analyse détaillée devrait être réalisée car certaines des imputations dont il a pris connaissance ne lui semblaient pas tout à fait justes. Il est nécessaire que la définition des programmes soit mise à jour.

Ainsi, en ce qui concerne tout d'abord le Ministère, l'approche par programme permettrait, comme l'exige la Loi sur les services de santé et les services sociaux, de faire une répartition interrégionale des ressources en fonction des besoins de la population. Il est impossible, en effet, d'avoir une approche populationnelle globale à partir de l'enveloppe budgétaire globale actuelle, car chaque programme vise des objectifs particuliers pour des groupes précis de bénéficiaires. Chaque programme a ainsi sa propre dynamique liée à l'évolution des facteurs qui conditionnent l'offre ou la demande des services qui le composent. L'analyse de ces dynamiques permettrait donc de faire une prévision précise des besoins financiers et le Ministère aurait une meilleure information pour défendre son budget auprès des organismes centraux de même qu'auprès de l'Assemblée nationale qui approuve ultimement son budget.

En faisant l'allocation interrégionale des ressources par programme, les régies régionales auraient ensuite, à leur niveau, un cadre de référence uniforme pour préparer leur plan régional d'organisation des services, lequel ferait l'interface entre les programmes et les établissements. Elles procèderaient alors, entre les établissements, à une allocation intrarégionale des ressources par programme, ce qui est, en fait, la seule façon de pouvoir respecter le critère d'une offre de services comparables pour des populations qui ont des besoins semblables, surtout dans le contexte où de plus en plus d'établissements sont devenus multivocationnels. Enfin, comme les enveloppes budgétaires seraient ventilées par programme, la dimension volume et coût des services devrait être explicitement introduite dans la budgétisation des établissements.

En résumé, le Comité est d'avis que l'introduction des programmes dans le processus budgétaire est nécessaire pour garantir une accessibilité équitable des services et pour placer la performance au centre de la gestion financière. L'absence de la dimension « programme » a eu comme conséquence malheureuse de laisser les établissements, ayant la mission CLSC et CHSLD, se développer sans référence à une structure de services attendus et à des normes qui auraient aidé à la répartition des ressources. Le nouveau processus budgétaire sera plus complexe que le processus actuel. Il exigera plus d'analyse et d'information, ce qui est inévitable si l'on veut gérer un budget de services qui est de l'ordre de 3,4 milliards de dollars.

Il faut finalement reconnaître qu'un système aussi complexe que le réseau de la santé et des services sociaux a besoin de flexibilité, afin de ne pas bureaucratiser et alourdir inutilement un processus décisionnel qui part de l'Assemblée nationale, en passant par le Ministère et les régies régionales, pour joindre tous les points de services dispersés sur le territoire. Ce besoin de flexibilité demande qu'on laisse à chaque niveau décisionnel la marge de manœuvre pour gérer les imprévus, ce qui va de pair avec un mécanisme de reddition de comptes. À cet égard, il faudrait, dans la technique budgétaire gouvernementale, que les différents programmes de services de santé et de services sociaux soient, en fait, des sous-programmes d'un programme plus global qui s'intitulerait « Production des services de santé et des services sociaux ». En regroupant ainsi les programmes, les décisions de réallocation de ressources par le Ministère et ses partenaires n'iraient pas à l'encontre du vote de l'Assemblée nationale fixant le niveau global de ressources que le secteur serait tenu de respecter.

RECOMMANDATION 2

Le Comité recommande :

- /// que le Ministère révise, en consultation avec des régies régionales et les établissements, la définition de programmes qui regroupe les services de santé et les services sociaux en fonction des objectifs des politiques ministérielles;
- /// que le budget du Ministère prévu pour financer les établissements soit ventilé selon les programmes de services et que ces derniers soient regroupés à l'intérieur d'un programme global permettant à l'Assemblée nationale de se prononcer sur le niveau global de ressources que le réseau devrait respecter;
- /// que les enveloppes budgétaires transmises aux régies régionales soient ventilées selon les programmes de services;
- /// que les enveloppes budgétaires transmises aux établissements soient ventilées selon les programmes de services;
- /// que les systèmes d'information financière et statistique soient adaptés pour véhiculer l'information nécessaire à la prise de décision sur les programmes à tous les niveaux, en s'assurant notamment de leur concordance avec les centres d'activités utilisés dans les rapports de gestion.

4.2.2 La détermination du budget du Ministère

Comme nous l'avons expliqué au chapitre précédent, le budget actuel du Ministère pour le fonctionnement du réseau est constitué d'une seule enveloppe globale, augmentée d'année en année en utilisant un taux de croissance dont la première exigence a été, au cours des dernières années, d'être compatible avec les objectifs de la politique fiscale du gouvernement. Il n'y a donc pas de méthode établie et prévisible pour déterminer ce taux de croissance. L'augmentation qui en découle est parfois ajustée pour tenir compte de décisions relatives à des priorités particulières, mais comme le taux est décidé sans référence aux besoins financiers réels des programmes, il est impossible de prévoir les mesures exactes qui devraient être prises pour que le réseau soit en équilibre à la fin d'une année financière.

À l'intérieur de la révision du processus budgétaire, il est fondamental, si l'on veut pouvoir établir une politique explicite de financement à l'égard du réseau, d'avoir l'estimation la plus précise possible des besoins financiers de chacun des programmes. Pour procéder à celle-ci, le Comité propose une démarche en trois étapes.

Première étape : *L'analyse de la dynamique des programmes*

Dans le domaine de la santé et des services sociaux, chaque programme et parfois chaque composante de programme évolue selon une dynamique propre qui dépend des facteurs qui conditionnent la demande et l'offre des services. Du côté de la demande, le facteur le plus important est toujours celui de la démographie, c'est-à-dire le nombre potentiel de bénéficiaires qui varie habituellement en fonction de l'âge et du sexe et qui peut aussi dépendre de certaines caractéristiques de nature socioéconomique. Quant à l'offre, ce sont surtout les nouvelles technologies et les nouvelles pratiques professionnelles qui sont susceptibles d'influer sur le niveau de services offerts et demandés.

Le programme de santé physique, qui englobe autant des soins généraux que des soins spécialisés et ultraspecialisés, est évidemment le programme qui a la dynamique la plus complexe à cause de la très grande influence que jouent les facteurs liés à l'offre et de la difficulté à comprendre l'interrelation entre la demande et l'offre de soins. La situation est différente pour les programmes de services sociaux où la demande est surtout fonction d'une combinaison de facteurs démographiques, socioéconomiques et parfois culturels. Mais, quelle que soit la nature du programme, il est important de souligner que l'analyse de la dynamique ne vise pas à faire une évaluation

des besoins dans le but de justifier un accroissement du niveau de ressources financières. L'objectif de l'analyse est plutôt de prévoir l'évolution du volume de services, compte tenu du degré de couverture des besoins qui prévaut selon la politique en vigueur. En d'autres mots, il faut que le déroulement du processus budgétaire vise, dans un premier temps, à régler la détermination des ressources nécessaires pour continuer à offrir la même qualité et la même étendue de services. L'accroissement de l'offre pour répondre à une plus grande partie des besoins se décide dans un deuxième temps après que le budget de base ait été établi.

Deuxième étape : *La prévision du volume de services*

L'analyse de la dynamique des programmes permet d'identifier trois types de facteurs pour faire une prévision du volume de services. Le premier type consiste en des taux de consommation par groupe de population (groupes d'âge et sexe), par exemple, les taux d'hébergement des personnes en perte d'autonomie ou les taux d'incidence des pathologies pour les soins de santé de courte durée. À partir d'une prévision démographique, on peut calculer, pour un service donné, la consommation attendue par groupe de population.

Le deuxième type de facteurs réfère à des indices de pondération qui permettent de tenir compte de la lourdeur relative des services, de façon à pouvoir calculer des volumes normalisés. Ceux-ci sont en fait des indices relatifs de coût qui donnent plus de poids aux services de gravité supérieure.

Il est possible, enfin, que l'évolution des besoins d'un programme soit influencée par un troisième type de facteurs de nature systémique, à savoir : les facteurs qui touchent à la fois l'offre et la demande de services comme les nouvelles technologies et les nouvelles pratiques professionnelles. Ceux-ci ont un effet direct, surtout pour les soins de santé de courte durée, grâce à l'amélioration des diagnostics et aux nouveaux traitements. Mais les facteurs systémiques ont aussi un effet indirect sur d'autres services comme le soutien à domicile ou les soins de longue durée, puisqu'ils permettent de faire de plus en plus d'interventions thérapeutiques à des âges avancés. Il s'ensuit une augmentation des besoins relatifs des personnes recevant des soins de santé et, particulièrement, des personnes hébergées dont la moyenne d'âge est de plus en plus élevée.

Pour procéder à la prévision du volume de services de chacun des programmes, il faut donc additionner l'effet possible des trois types de

facteurs, à savoir : les taux de consommation selon la structure d'âge, les indices de lourdeur relative et les facteurs systémiques nuisant à l'offre et à la demande.

Troisième étape : *L'estimation des besoins financiers*

La troisième étape est d'une certaine façon la plus simple. Les deux premières ont permis de calculer des volumes de cas de services par programme ou par élément de programme. En prenant la dépense totale de l'année de base, il est alors possible de calculer le coût moyen par cas normalisé et d'en faire une projection en utilisant les hypothèses reconnues d'augmentation des salaires et des prix. La prévision des besoins financiers de chaque programme sera donc la résultante de la multiplication du volume prévu de cas de services par le nouveau coût moyen par cas. Le niveau estimé de besoins financiers devrait être alors suffisant pour que les établissements soient globalement en équilibre financier, si aucun nouveau facteur ne modifie les tendances des paramètres utilisés, ce qui est peu probable d'une année à l'autre.

S'il advenait, dans le contexte de la politique budgétaire gouvernementale, que le montant de l'enveloppe accordé au Ministère soit insuffisant pour faire face aux besoins financiers évalués, il faudrait alors élaborer des scénarios pour choisir des mesures de compressions qui permettraient de rectifier le déséquilibre. Et si la correction nécessaire était trop importante pour être absorbée par des efforts supplémentaires d'économies et de productivité, il faudrait sortir du processus budgétaire et régler le problème par une révision des paramètres de la politique de santé et de services sociaux afin de diminuer le volume et la qualité des services.

Plutôt que de raisonner dans un contexte de compressions, on peut aussi imaginer que le Ministère dispose de crédits pour développer les services d'un programme. Dans cette éventualité, il faut alors utiliser la même méthodologie pour ajuster les prévisions de volume de cas normalisés et de coût moyen, afin d'établir les nouveaux besoins financiers.

RECOMMANDATION 3

Le Comité recommande que le budget du Ministère pour le fonctionnement du réseau des établissements soit établi en faisant une prévision des besoins financiers de chaque programme de la façon suivante :

- /// identifier, à partir de l'analyse de la dynamique des programmes, les facteurs qui influent sur l'offre et la demande de services;
- /// prévoir la production du volume de services normalisés, selon la définition de la politique de santé et de services sociaux en vigueur;
- /// prévoir le niveau de coût moyen par cas de service normalisé et les besoins financiers qui en découlent compte tenu de la prévision du volume de services;
- /// ajuster les besoins financiers prévus pour un programme selon qu'il est nécessaire de procéder à des compressions ou qu'il est possible de développer ou de transformer les services.

La procédure qui vient d'être décrite ici permet de calculer le budget du Ministère, qui est nécessaire pour que le réseau puisse continuer à traiter les mêmes niveaux de besoins d'une année à l'autre. Dans le jargon des finances publiques, ce budget est appelé budget de base. Toutefois, pour faire suite à la pratique des compressions budgétaires, on en est venu à considérer que la croissance du budget de base devait se limiter tout simplement à l'indexation des dépenses pour couvrir la hausse des salaires et des prix, ce qui exclut toute augmentation de volume induite par l'évolution démographique et les autres facteurs touchant inévitablement l'offre et la demande de services.

Cette perspective pénalise d'autant plus les services de CLSC et de CHSLD qu'ils sont déjà à des niveaux de réponse aux besoins qui sont jugés insatisfaisants en général et inéquitable pour certaines régions en particulier. Le Comité considère que le Ministère doit indiquer quels sont les niveaux de services qui devraient être reconnus comme étant minimaux. Il doit ensuite viser à encourager l'évolution des services pour aller vers des modes de prestations qui sont plus légers et moins coûteux. Cette évolution, lorsqu'elle est possible, demande une période d'investissements, et elle serait facilitée si des fonds étaient prévus à cet effet.

RECOMMANDATION 4

Le Comité recommande que le Ministère :

- /// établisse des niveaux de services qui seraient reconnus comme minimaux pour déterminer les budgets de base des programmes;
- /// encourage la transformation et l'évolution des services en finançant les investissements nécessaires pour la mise en place de modes de prestations plus légers et moins coûteux.

4.2.3 La répartition interrégionale du budget du Ministère

La prévision budgétaire du Ministère doit pouvoir permettre logiquement de répondre aux besoins financiers de l'ensemble des régions régionales. Pour passer à la répartition interrégionale du budget, il suffit donc de décomposer la démarche suivie au niveau du Ministère, de façon à obtenir, sur une base régionale, une prévision de volume de services normalisés pour chacun des programmes. En prenant ensuite le coût moyen par cas de service utilisé pour faire la prévision budgétaire du Ministère, on en arrive à un budget standard comparable pour chacune des régions régionales. Enfin, comme le principal facteur qui détermine l'évolution du volume de services est le facteur démographique (âge et sexe), on obtient ainsi une répartition interrégionale selon l'approche populationnelle, comme l'exige la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Toutefois, pour que la répartition interrégionale soit parfaitement équitable, il faut faire une étape supplémentaire. Il existe, en effet, des facteurs qui touchent plus particulièrement certains établissements et sur lesquels ces derniers n'ont pas de contrôle. Ces facteurs peuvent être, par exemple, l'enseignement ou l'éloignement dans le cas des centres hospitaliers de soins de courte durée, la dispersion de la population pour les services de soutien à domicile ou encore la défavorisation sociale et économique qui est de nature à accroître la demande locale de presque tous les services.

L'influence des facteurs spécifiques sur les coûts peut être calculée de deux manières. La première consiste à estimer les coûts supplémentaires induits si ces derniers sont liés directement à des indices précis comme la distance et le temps d'intervention, lorsque la population est dispersée. Nous verrons au chapitre 5 comment un tel ajustement peut être fait pour les budgets de services de soutien à domicile. La seconde est plus complexe, car elle fait appel à des équations statistiques ou économétriques pour estimer

l'influence d'un seul facteur ou l'interaction de plusieurs facteurs. C'est cette méthode qui a été utilisée pour calculer le coût standard ajusté des CHSGS dans le rapport du Comité sur la réévaluation du mode de budgétisation des CHSGS. En prenant en considération ces différents facteurs spécifiques, on peut alors calculer, pour chaque régie régionale, un budget standard ajusté répondant mieux à ses besoins.

RECOMMANDATION 5

Le Comité recommande que la répartition interrégionale du budget du Ministère pour le fonctionnement des établissements soit faite de la façon suivante :

- /// prévoir, par région, le volume de services normalisés de chaque programme;
- /// calculer un budget standard régional en tenant compte du volume de services normalisés et du coût moyen par cas de services utilisés pour déterminer le budget du Ministère;
- /// ajuster le budget standard régional pour tenir compte des facteurs spécifiques qui ont une influence sur le fonctionnement des établissements;
- /// déduire ou ajouter, selon le cas, l'impact des mesures de compressions budgétaires ou de développement de services, en s'assurant que le réseau d'établissements soit en équilibre financier.

4.2.4 L'interface entre la consommation et la production de services

En basant la répartition interrégionale du budget du Ministère sur une approche populationnelle, chaque région recevra une enveloppe budgétaire qui sera calculée en fonction de la consommation des services pour les résidents de son territoire. Par contre, comme nous l'avons expliqué au chapitre 3, les régies régionales sont, en fait, responsables de financer les établissements pour la production des services dont les bénéficiaires peuvent aussi venir de l'extérieur de leur territoire. Afin de garantir une accessibilité de services égale pour toute la population, il faut donc tenir compte de la possibilité de tels échanges et ajuster, en conséquence, la répartition interrégionale des ressources, s'il s'avère que les échanges sont significatifs pour certains programmes.

Il en est ainsi dans le domaine des soins de santé de courte durée où les échanges sont relativement importants, en raison des services nationaux ultraspécialisés offerts dans les grands centres hospitaliers ou en raison du libre choix des patients, notamment dans les grandes régions de Québec et de Montréal. Le Comité sur la révision du mode de budgétisation des CHSGS a proposé à cet égard deux solutions. En ce qui concerne tout d'abord les services nationaux, il a recommandé que les établissements facturent les régies régionales d'où proviennent les bénéficiaires et pour ce qui est des services généraux et spécialisés de niveau local ou régional, il a recommandé qu'il y ait une compensation globale entre les régies régionales, laquelle serait basée sur une évaluation des échanges nets de services.

Le Comité appuie également ces deux recommandations dont le bien-fondé est valable pour tous les programmes. Toutefois, la question des services nationaux ultraspécialisés ne se pose pas pour les services des missions CLSC et CHSLD. Par contre, il faut vérifier si les échanges de services locaux de soins de première ligne et d'hébergement ont un impact significatif. Cette question sera étudiée au chapitre 5.

RECOMMANDATION 6

Le Comité recommande :

- /// que les services nationaux soient gérés et financés de façon distincte;
- /// que leur planification et leur développement soient sous la responsabilité du Ministère, de concert avec les régies régionales des régions universitaires et les établissements offrant les services;
- /// que les services nationaux ainsi convenus soient intégrés dans le plan d'organisation des services de la région où ils se trouvent et qu'ils soient supervisés par les régies régionales concernées afin qu'elles puissent garantir la continuité de leur fonctionnement;
- /// que le financement des services nationaux soit spécifique et protégé et qu'il provienne de la facturation aux régies régionales pour les soins donnés à des patients résidant sur leur territoire;
- /// que le financement des échanges de services locaux et régionaux soit réglé par une formule de compensation globale, basée sur une évaluation des services reçus et des services rendus.

Il existe enfin des CLSC qui ont une fonction d'enseignement universitaire de même que deux instituts spécialisés de recherche en gériatrie qui jouent un rôle national important au plan de l'enseignement et de la recherche sur les troubles liés au vieillissement et sur les soins qui permettent le rétablissement, le maintien et la promotion de la santé des personnes âgées. Ce rôle au plan de la recherche et de l'enseignement n'implique pas directement une offre de service suprarégional, mais il a un impact sur les dépenses et il doit être pris en considération dans le financement des services généraux que ces établissements rendent à la population. Leurs activités sont un soutien essentiel dans l'amélioration du fonctionnement du réseau des CLSC et des CHSLD, et les résultats de leur recherche permettent d'innover et de diffuser de nouvelles pratiques cliniques qui vont aider à accroître l'efficience et la qualité des services.

RECOMMANDATION 7

Le Comité recommande :

- /// que tous les établissements à vocation universitaire soient l'objet d'un financement supplémentaire pour les soutenir dans le rôle spécial qu'ils assument au plan de l'enseignement, de la recherche, du développement et de la diffusion d'expertise auprès du réseau des CLSC et des CHSLD.

4.2.5 La répartition intrarégionale des ressources

En suivant les procédures proposées par les recommandations 4 et 5, chaque régie régionale disposera d'un budget standard ajusté qui sera théoriquement suffisant pour financer la demande de services à laquelle feront face les établissements de son territoire. Avant de procéder à la budgétisation des établissements, elle devra se garder préalablement une réserve pour financer les services nationaux qui lui seront facturés, y compris ceux donnés à ses propres résidents par les établissements de son territoire. Cette méthode assurera l'autofinancement des services nationaux qui s'ajusteront ainsi à l'évolution de la demande. Le Ministère aura toutefois la responsabilité de déterminer les modalités touchant la production et la facturation des services.

Ensuite, en ce qui concerne la détermination du budget de base des établissements (c.-à-d. les services autres que nationaux), la régie régionale devra préparer des enveloppes spécifiques prévues pour chaque programme à l'intérieur de son enveloppe globale. Comme première étape, elle aura à

décider, s'il y a lieu, de modifier la répartition interprogrammes afin de tenir compte de priorités régionales spéciales. Cette prérogative doit être reconnue aux régies régionales, car c'est une flexibilité nécessaire qui est conforme à l'objectif de la décentralisation. Le Ministère devra édicter, par ailleurs, des règles pour baliser les réallocations possibles de ressources, afin de rester conforme aux objectifs des politiques de santé et de services sociaux.

La régie régionale devra, deuxièmement, faire l'interface entre son plan global d'organisation de services et le budget de chacun des programmes afin de procéder à une répartition cohérente des volumes prévus de services entre les établissements. Les budgets par programme et par établissement seront finalement déterminés en multipliant les volumes de services répartis par les coûts standards moyens, ajustés, s'il y a lieu, pour les facteurs spécifiques pris en compte par le Ministère dans la détermination du budget des régies régionales. Si, par rapport au budget ainsi déterminé, il est prévu que l'évolution des coûts réels moyens d'un établissement seront supérieurs aux coûts moyens standards utilisés pour déterminer son budget, la régie régionale devra alors s'entendre avec l'établissement sur les mesures d'économies qui permettront de respecter l'obligation de l'équilibre budgétaire. Si c'est la situation inverse, l'établissement enregistrera un surplus qui pourrait permettre d'améliorer le niveau ou la qualité des services offerts. Pour inciter l'ensemble des partenaires d'une région à la performance, le Comité est d'avis que la prise en charge des déficits et la disposition des surplus devraient être une responsabilité conjointe des régies régionales et des établissements. Cette approche suppose que le Ministère donne aux régies régionales un pouvoir d'approbation des budgets des établissements.

RECOMMANDATION 8

Le Comité recommande que la répartition des ressources budgétaires par les régies régionales entre les établissements soit faite par programme de services, de la façon suivante :

- /// réviser, s'il y a lieu, la répartition des ressources entre les programmes, en respectant les règles édictées par le Ministère à cet effet;
- /// répartir entre les établissements les volumes prévus de services en faisant l'interface entre le plan d'organisation des services et le budget de chacun des programmes;

- /// calculer le budget par programme et par établissement en multipliant les volumes répartis par le coût standard moyen, ajusté, s'il y a lieu, pour les facteurs spécifiques;
- /// préparer des mesures d'économie si un établissement ne respecte pas l'obligation de l'équilibre budgétaire;
- /// laisser conjointement aux régies régionales et aux établissements la responsabilité de la prise en charge des déficits ou de la disposition des surplus;
- /// intégrer le budget prévu dans l'entente annuelle de gestion à convenir entre les régies régionales et les établissements.

4.2.6 Les conséquences du nouveau processus budgétaire

On trouvera, en annexe du présent chapitre, un tableau comparant le processus actuel et le processus proposé d'allocation des ressources. Le nouveau processus aura cinq avantages majeurs :

- a) il permettra de bien établir le budget du Ministère sur les besoins financiers requis par les régies régionales et les établissements pour remplir la mission qui leur est confiée;
- b) il garantira une accessibilité à tous les services, qui sera équitable pour toute la population;
- c) il tiendra compte de l'évolution du volume et de la lourdeur des services;
- d) il encouragera la recherche de la performance en termes de coût et de services;
- e) il rendra plus cohérente et plus transparente la politique budgétaire du Ministère.

Les avantages du nouveau processus seront particulièrement importants pour les établissements des missions CLSC et CHSLD, dont les budgets n'ont jamais été établis de façon équitable, uniforme et en fonction d'une structure de services attendus. Comme nous le verrons au chapitre suivant, il ne sera pas possible d'implanter immédiatement le modèle intégral, en raison du manque d'information sur les services et les coûts au niveau des établissements. Néanmoins, l'implantation du modèle pourra se traduire

par des modifications importantes à la répartition interrégionale des ressources et, de façon plus fondamentale, il introduira une nouvelle vision dans la gestion des programmes.

Au niveau de l'ensemble du réseau, on peut prévoir que le nouveau processus budgétaire aura un impact important sur la façon dont les régions régionales assument leurs responsabilités et sur la façon dont les établissements gèrent leurs ressources et leurs services. On peut plus précisément prévoir les conséquences importantes suivantes :

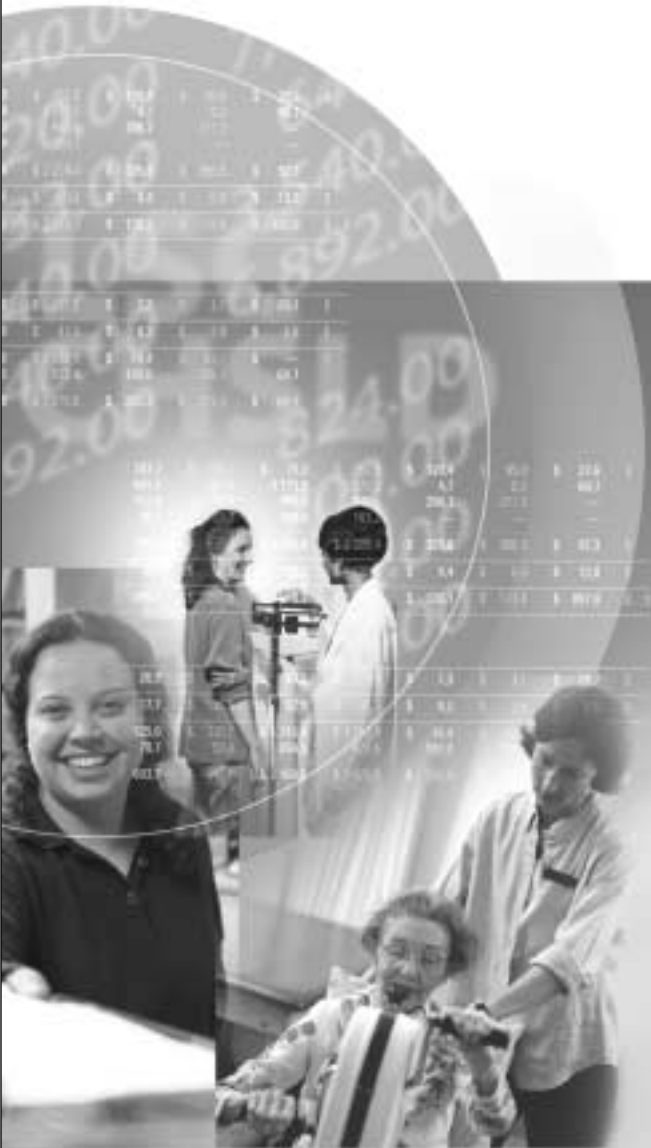
- a) L'approche populationnelle, lorsqu'elle aura été implantée, amènera, à terme, une réallocation des ressources vers les régions historiquement défavorisées.
- b) La réallocation des ressources favorisera une uniformisation des paniers de services tout en laissant la possibilité de répondre à des priorités régionales.
- c) L'approche populationnelle, ajustée pour compenser les échanges interrégionaux de services généraux et spécialisés, incitera les régions régionales qui importent des services, à évaluer les avantages de les offrir dans leurs propres établissements. Cette dynamique devrait donc permettre, à long terme, une amélioration de l'accessibilité et un meilleur équilibre entre la consommation et la production régionale des services des différents programmes sociosanitaires.
- d) Le financement des soins ultraspecialisés par facturation permettra de gérer les services nationaux comme des unités autonomes de gestion dont les dépenses seront compensées par des revenus équivalents. L'offre des services nationaux suivra donc la demande et dans la mesure où le Ministère autorisera les investissements nécessaires, la question des listes d'attente sera réglée.
- e) La reddition de comptes pourra se faire sur des paramètres qui sont comparables d'une régie à l'autre et d'un établissement à l'autre. Elle pourra, de plus, porter sur des résultats qui sont significatifs et stratégiques au plan de la gestion budgétaire des programmes.

Tableau 11 Processus d'allocation des ressources : Comparaison entre le processus actuel et le processus proposé

PROCESSUS ACTUEL		PROCESSUS PROPOSÉ
◆ Enveloppe globale non ventilée. ◆ Taux d'augmentation fixant un objectif de dépenses sans référence à la demande prévue et à l'évolution des coûts de services.	BUDGET DU MINISTÈRE	◆ Enveloppe budgétaire ventilée par programme. ◆ Prévision du volume de la consommation de services. ◆ Prévision du coût moyen standard. ◆ Estimation des besoins financiers et des ajustements nécessaires pour que le réseau soit en équilibre.
◆ Enveloppe globale non ventilée. ◆ Répartition interrégionale basée sur la structure de production. ◆ Base budgétaire historique. ◆ Ajustements pour développement ou correction des bases.	BUDGET DES RÉGIES RÉGIONALES	◆ Enveloppe budgétaire par programme. ◆ Répartition interrégionale basée sur une consommation normalisée (approche populationnelle). ◆ Ajustements pour le développement et coûts supplémentaires liés à l'enseignement, à la recherche, à l'éloignement, etc.
◆ Aucune procédure.	INTERFACE CONSOMMATION / PRODUCTION	◆ Services nationaux de santé de courte durée : facturation. ◆ Services locaux et régionaux : compensation interrégionale des échanges.
◆ Budget global. ◆ Base historique. ◆ Ajustements pour développement ou correction des bases. ◆ Possibilité de sous-financement.	BUDGET DES ÉTABLISSEMENTS	◆ Enveloppe par programme. ◆ Approche normative basée sur les services produits (volume et lourdeur) et le coût standard moyen par service ajusté pour les facteurs spécifiques. ◆ Ajustements pour le développement ou les compressions.

La mise en application du nouveau processus budgétaire

Chapitre 5



5 LA MISE EN APPLICATION DU NOUVEAU PROCESSUS BUDGÉTAIRE

L'application intégrale du nouveau processus budgétaire exige que, pour chacun des établissements, l'on dispose de l'information suivante : le volume des interventions par catégorie de services, les caractéristiques des bénéficiaires et le coût des services. Or, les données actuellement disponibles sont insuffisantes pour permettre une estimation complète de ces trois éléments qui sont à la base du modèle. En ce qui concerne par exemple les CHSLD, comme il n'y a pas de procédure uniforme d'évaluation des personnes hébergées, il est impossible de procéder au calcul du volume de services sur une base équivalente d'un établissement à l'autre. Il en est de même pour les services complémentaires à l'hébergement.

On a, par ailleurs, commencé à implanter, au cours de 1999, un nouveau système d'information pour tous les CLSC du Québec. Ce système a pour but d'aider les établissements à gérer les services et les interventions auprès des bénéficiaires. Il est donc possible d'obtenir, pour l'année 2000-2001, de nouvelles données sur les services et leurs bénéficiaires, mais il n'y a pas encore de lien entre cette information et la gestion budgétaire. Il n'est donc pas possible, dans l'état actuel des systèmes d'information, de simuler le nouveau processus budgétaire au niveau des établissements qui ont des missions CLSC et CHSLD.

Face à cette situation, le Comité a décidé de concentrer ses efforts sur la répartition interrégionale des ressources pour essayer de mettre en application l'approche populationnelle. Pour illustrer les enjeux de la répartition interrégionale, le tableau 12 donne, pour chacune des régions, les dépenses, en 2000-2001, pour les services de type CLSC et CHSLD. Ces dépenses étaient respectivement de 1 084 millions et 2 307 millions, pour un total de 3 391 millions de dollars. Le tableau donne également la dépense moyenne par personne qui est de 462,21 dollars pour les quinze régions étudiées. Par rapport à cette moyenne, on remarque que la dépense par région varie de - 144,76 à + 217,58 dollars. La valeur des écarts positifs ou négatifs est de 377 millions de dollars.

Tableau 12 Dépenses en 2000-2001 des services de type CLSC et CHSLD, par région

Régions	Dépenses de type CLSC	Dépenses de type CHSLD	Dépenses totales	Dépenses par personne	Écarts de la moyenne
	(000 \$)	(000 \$)	(000 \$)	(\$)	(\$)
Bas-Saint-Laurent	43 105	83 972	127 077	620,37	158,16
Saguenay-Lac-Saint-Jean	42 247	72 647	114 894	399,82	- 62,39
Québec	104 968	235 453	340 421	526,46	64,25
Mauricie et Centre-du-Québec	74 917	155 456	230 373	474,92	12,71
Estrie	46 501	97 773	144 274	498,19	35,98
Montréal-Centre	290 778	812 864	1 103 642	605,73	143,52
Outaouais	53 209	68 583	121 792	380,93	- 81,28
Abitibi-Témiscamingue	31 554	38 134	69 688	455,79	- 6,42
Côte-Nord	27 269	23 223	50 492	493,32	31,10
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	26 293	42 463	68 756	679,79	217,58
Chaudière-Appalaches	62 803	108 849	171 652	438,97	- 23,24
Laval	40 233	77 962	118 195	336,91	- 125,30
Lanaudière	42 408	87 137	129 545	325,56	- 136,65
Laurentides	47 027	102 004	149 031	317,45	- 144,76
Montréal	151 043	300 948	451 991	343,09	- 119,12
Total Québec	1 084 355	2 307 468	3 391 822	462,21	

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Le but d'utiliser une approche populationnelle est d'aller au-delà de la répartition basée sur la population totale afin de tenir compte des variations dans la consommation des services en fonction de la structure d'âge et des différences socioéconomiques entre les régions. Le présent chapitre montre comment on peut utiliser de telles méthodes de calcul. **Toutefois, une mise en garde importante s'impose concernant l'interprétation des résultats.** Un écart entre la dépense régionale et la dépense moyenne du Québec pour un service spécifique peut résulter d'un choix de priorité qui a été fait par la région dans l'organisation des services pour répondre différemment aux besoins ou pour satisfaire aux besoins associés à d'autres programmes. Pour effectuer de tels choix de priorité interprogrammes, il

faut idéalement que l'approche populationnelle soit utilisée simultanément pour l'ensemble des programmes.

L'analyse sera faite en utilisant l'année 2000-2001 qui est l'année la plus récente pour laquelle on dispose de données financières et statistiques. Le but de l'exercice est de comparer la dépense réelle d'un service ou d'un programme à la dépense attendue selon l'approche populationnelle. La dépense réelle est estimée à partir des états financiers des établissements, en prenant le coût des centres d'activités correspondants au service analysé et en y imputant le coût des activités de soutien. Quant à la dépense attendue, elle est calculée en faisant une estimation du volume normalisé de consommation par région, multiplié par le coût standard. La dépense est ensuite ajustée pour tenir compte, s'il y a lieu, des facteurs spécifiques à certaines caractéristiques régionales.

Parmi les facteurs spécifiques, on a examiné l'influence que peut avoir l'éloignement ou la dispersion de la population sur le coût des services. Mais il est également reconnu que les caractéristiques sociales ou économiques peuvent engendrer des situations de défavorisation qui touchent le niveau des besoins et la demande de services. Pour mesurer ces phénomènes, des chercheurs du Ministère¹⁴ ont développé un indice de défavorisation qui a une composante matérielle et une composante sociale : la première intègre des indicateurs liés au revenu, à l'emploi ou à la scolarité, tandis que la seconde tient plutôt compte des familles monoparentales, des personnes seules, etc. Le tableau 13 qui suit, présente la valeur de l'indice de défavorisation selon la composante matérielle et sociale pour chacune des régions. On remarque que la défavorisation économique est la plus faible dans la région de Laval (79) et qu'elle est la plus élevée dans celle de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (163). Par contre, en ce qui concerne la défavorisation sociale, le profil est inversé car la région de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine est celle qui a l'indice le plus faible (70), tandis que Montréal-Centre à l'indice le plus élevé (134).

14. Pampalon et Raymond, *Un indice de défavorisation pour la planification de la santé et du bien-être au Québec*, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 1999.

Tableau 13 Défavorisation matérielle et sociale par région selon l'indice de défavorisation de Pampalon et Raymond*

Régions	Composante	
	Matérielle	Sociale
	(n)	(n)
Bas-Saint-Laurent	132	82
Saguenay-Lac-Saint-Jean	123	82
Québec	81	106
Mauricie et Centre-du-Québec	119	96
Estrie	109	101
Montréal-Centre	93	134
Outaouais	92	98
Abitibi-Témiscamingue	128	84
Côte-Nord	118	73
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	163	70
Chaudière-Appalaches	114	74
Laval	79	89
Lanaudière	112	75
Laurentides	105	88
Montréal	89	88
Ensemble du Québec	100	100

* Moyenne par région des centiles de défavorisation ramenée sur la base 100 pour l'ensemble du Québec.

La méthode de calcul de ces indices est relativement complexe. Elle est basée sur une unité géographique appelée secteur de dénombrement qui compte en moyenne 750 personnes. Le portrait de ces unités est, en général, plus homogène en milieu urbain qu'en milieu rural à cause des phénomènes de concentration. Par contre, la moyenne régionale de défavorisation peut cacher des variations importantes de l'indice, qui ne sont pas reflétées. Enfin, comme le montre le tableau 13, la valeur de la composante sociale est pour la majorité des régions à l'inverse de la valeur de la composante économique.

Bien que l'indice de la défavorisation puisse aider à une meilleure connaissance de la santé et du bien-être de la population, il n'a pas été possible de l'utiliser directement dans l'explication des variations de dépenses régionales de services, soit parce que les normes de services varient trop entre les régions (soutien à domicile) ou, soit parce que l'influence potentielle de la défavorisation soit apparue trop marginale par rapport à celle de l'indice de besoins découlant de la structure d'âge qui

expliquait déjà 85 % des écarts (hébergement des adultes). Il faudra donc poursuivre les analyses afin de mesurer plus précisément l'influence des variations ultrarégionales de l'indice de défavorisation, en tenant compte séparément de la composante matérielle et de la composante sociale.

Donc, il a fallu mettre de côté ce facteur et il faudra poursuivre les analyses afin d'adapter l'indice pour qu'il puisse être dans le modèle de répartition interrégionale des ressources budgétaires des différents programmes.

5.1 La répartition interrégionale des services offerts en CLSC

L'analyse des services offerts en CLSC a porté sur trois blocs de dépenses, à savoir : les services de soutien à domicile, les services de santé publique et les services pour les jeunes et la famille. Ces dépenses ont totalisé 820 millions sur un total de 1 084 millions de dollars en 2000-2001. Les dépenses non analysées sont celles relatives aux services de santé physique, de santé mentale, d'info-santé et d'autres activités de soutien. La raison de leur exclusion a trait au fait que ces services varient beaucoup en fonction de la disponibilité de services similaires offerts par d'autres catégories d'établissements, et leur analyse devra éventuellement être intégrée à celle des programmes de santé physique et de santé mentale.

5.1.1 Les services de soutien à domicile

Les dépenses pour les services de soutien à domicile, offerts par les CLSC, ont été de 524 millions de dollars en 2000-2001. Pour déterminer les dépenses attendues, on a calculé un profil de consommation normalisée pour chaque région en distinguant les services aux personnes âgées et les services aux bénéficiaires des autres programmes. Les dépenses ont ensuite été ajustées pour tenir compte du facteur distance.

a) Le calcul du volume de la consommation attendue

Le volume de la consommation attendue a été calculé en déterminant des taux de consommation moyens par groupe d'âge et par centre d'activités, à l'aide du fichier I-CLSC 2000-2001 (version de janvier 2002). Les étapes de calcul consistaient à classer le nombre d'interventions par groupe d'âge et selon la catégorie de l'intervenant (professionnel, infirmière, technicien, infirmière auxiliaire, auxiliaire domestique). Chaque classe d'intervention

était ensuite pondérée par la durée moyenne relative et par un indice basé sur les niveaux de salaire par catégories d'intervenants.

Cette procédure de calcul a exigé plusieurs ajustements aux données de base pour éliminer les observations incohérentes ou les données manquantes. Comme les données ajustées sont utilisées comme indice de répartition, les ajustements ne causaient aucun préjudice à une région particulière. Les profils de consommation normalisée ont été calculés en appliquant à la structure d'âge de chaque région les taux de consommation standard.

b) Les catégories de services

Afin de pouvoir reconstituer éventuellement les dépenses du programme complet des adultes hébergés, les services à domicile ont été répartis en deux catégories, soit celle pour les adultes et celle pour les autres programmes. La répartition est basée sur l'évaluation faite à l'intérieur du calcul financier *a posteriori* des programmes. En 2000-2001, les dépenses de services de soutien à domicile pour les adultes ont été ainsi de 266 millions de dollars et celles des autres programmes, 257 millions de dollars.

c) Les ajustements pour le facteur distance

Comme les services à domicile exigent le déplacement de l'intervenant vers le bénéficiaire, la durée moyenne des actes dans une région sera d'autant plus élevée que la population est dispersée. Certaines régions, en vertu des conventions collectives en vigueur, doivent déjà verser des primes liées à l'éloignement. Pour tenir compte plus précisément du facteur distance sur les durées d'intervention, il a fallu calculer le temps moyen de déplacement entre les installations CLSC et les domiciles privés des personnes à desservir. Le calcul repose sur trois éléments :

- ♦ l'estimation du temps de déplacement moyen par intervention, selon les groupes d'âge, à l'aide de fichiers fournis par le ministère des Transports sur les zones de transport et les points du réseau routier à partir desquels sont calculés le temps de déplacement,
- ♦ la durée moyenne des interventions selon le fichier I-CLSC,
- ♦ la proportion des interventions qui se donnent à domicile.

La durée moyenne d'une intervention auprès d'une personne âgée de 65 ans et plus est estimée à 59 minutes 24 secondes et l'ajustement pour le temps

moyen de déplacement varie d'environ 4 à 12 minutes. Les écarts entre le temps précis de déplacement sont évidemment plus importants que 8 minutes. À l'intérieur même d'une région, la variation du temps de déplacement entre le centroïde du CLSC et les centroïdes où se trouve la population à desservir peut être importante. À titre d'exemple, le temps de déplacement utilisé pour la région de la Côte-Nord varie de 6 minutes à 41 minutes, tandis qu'à Montréal la variation s'étend de près de 2 minutes à plus de 7 minutes. La moyenne pondérée obtenue est appliquée en sus de la durée de chaque intervention à domicile associée à la consommation attendue. Cet ajustement ne sert qu'à différencier le coût marginal par intervention et, globalement, il se traduit par un coût de 31,5 millions de dollars.

Le tableau 14 compare les dépenses réelles et les dépenses attendues des services à domicile pour les personnes âgées et les bénéficiaires des autres programmes. Les régions déficitaires, en termes de services, sont à peu près les mêmes pour les deux catégories de services, sauf la région de Montréal-Centre qui dépense plus que la moyenne pour les personnes âgées et le contraire dans les autres programmes, tandis que la région de la Montérégie dépense moins pour les personnes âgées et se situe près de la moyenne pour les autres programmes.

Tableau 14 Comparaison des dépenses réelles et des dépenses attendues des services de soutien à domicile en 2000-2001

Régions	Adultes en perte d'autonomie			Autres programmes			Écart total	
	Dépenses réelles	Dépenses attendues	Écart	Dépenses réelles	Dépenses attendues	Écart		
	(000 \$)	(000 \$)	(000 \$)	(000 \$)	(000 \$)	(000 \$)	(000 \$)	(%)*
Bas-Saint-Laurent	12 449	8 633	3 816	9 044	8 338	706	4 522	21,0
Saguenay-Lac-Saint-Jean	9 938	9 406	532	12 436	9 149	3 287	3 819	17,1
Québec	24 547	25 045	- 498	24 294	24 256	38	- 459	- 0,9
Mauricie et Centre-du-Québec	18 115	19 896	- 1 781	18 991	19 235	- 244	- 2 025	- 5,5
Estrie	9 176	11 298	- 2 122	12 021	10 930	1 091	- 1 031	- 4,9
Montréal-Centre	90 820	74 875	15 945	64 042	72 515	- 8 473	7 472	4,8
Outaouais	10 930	9 333	1 597	14 515	9 082	5 433	7 029	27,6
Abitibi-Témiscamingue	7 687	4 969	2 718	6 665	4 748	1 917	4 635	32,3
Côte-Nord	3 349	2 930	419	4 175	2 814	1 361	1 779	23,6
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	6 168	4 280	1 888	5 747	4 145	1 602	3 490	29,3
Chaudière-Appalaches	13 395	14 568	- 1 173	14 019	14 060	- 41	- 1 214	- 4,4
Laval	11 047	11 900	- 853	9 888	11 583	- 1 695	- 2 549	- 12,2
Lanaudière	7 936	11 871	- 3 935	10 840	11 555	- 715	- 4 650	- 24,8
Laurentides	10 904	14 515	- 3 611	10 938	14 102	- 3 164	- 6 775	- 31,0
Montréal	29 641	42 582	- 12 941	40 290	41 390	- 1 100	- 14 041	- 20,1
Total Québec	266 102	266 102		257 905	257 905			
Somme des écarts positifs ou négatifs			± 26 915			± 15 433	± 32 746	

* Ce pourcentage représente la proportion de l'écart total par rapport à la somme des dépenses réelles pour les personnes âgées et pour les autres programmes.

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux.

5.1.2 Les dépenses de services en santé publique et de services aux jeunes et à la famille

Les dépenses en CLSC pour le programme de santé publique et celui pour les jeunes et la famille ont été, en 2000-2001, respectivement de 193,9 millions et 102,7 millions de dollars. Comme les interventions sont faites en grande partie pour la même catégorie de bénéficiaires, soit les jeunes, il a été jugé intéressant de présenter ensemble les résultats obtenus de l'application de l'approche populationnelle.

a) Le calcul de la dépense attendue en santé publique

Pour le calcul de la dépense attendue, les dépenses en CLSC ont été divisées en deux catégories. En suivant la méthode d'analyse utilisée dans l'étude du Comité Lebon¹⁵ pour les centres d'activités relatifs à la santé publique, 83 % des dépenses ont été imputées aux jeunes de 0 à 17 ans et 17 % aux personnes de 18 ans et plus. La population régionale de ces deux groupes a été pondérée par l'indice régional de besoin en santé publique qui tient compte des taux d'années potentielles de vie perdues pour des causes de décès évitables par des activités de prévention et de promotion de la santé. On a pu ensuite calculer une dépense moyenne québécoise pondérée par habitant de chaque groupe d'âge, laquelle a été utilisée pour estimer la dépense régionale attendue.

Le tableau 15 compare les dépenses réelles et les dépenses attendues de chacune des quinze régions, et le total des écarts positifs ou négatifs est de 11,6 millions de dollars. Les écarts déficitaires sont particulièrement importants pour les régions du Saguenay-Lac-Saint-Jean, de Laval, de Lanaudière, des Laurentides et de la Montérégie. Une des hypothèses possibles pour expliquer une partie des écarts a trait à la disponibilité de médecins en milieu rural. À cause de cette pénurie, les CLSC doivent offrir un niveau plus élevé de services qui, dans d'autres régions, sont offerts par les cliniques privées. Cette explication devra toutefois être analysée et vérifiée.

b) Calcul de la dépense attendue pour les jeunes et la famille

La totalité des dépenses 2000-2001 pour les jeunes et la famille a été imputée aux jeunes de 0 à 17 ans. Une dépense par habitant pour l'ensemble de la population du Québec, qui est âgé de 0 à 17 ans, a été calculée, et cette norme a été appliquée aux populations régionales pour le même groupe d'âge. Le tableau 15 compare les dépenses réelles et les dépenses attendues par région. La somme des écarts positifs ou négatifs est de 11,2 millions de dollars et les régions qui connaissent des écarts déficitaires importants sont les régions de Lanaudière, des Laurentides et de la Montérégie.

15. *Rapport du Groupe d'experts en organisation clinique en matière jeunesse*, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998, 111 p.

**c) Les résultats combinés
des deux programmes**

La dernière colonne du tableau 15 présente les écarts combinés des interventions en CLSC pour les deux programmes. Ce sont à peu près les mêmes régions qui ont des écarts déficitaires pour chacun des programmes et ils représentent un manque de ressources équivalent à 24 % de leur base budgétaire : il s'agit des régions du Saguenay-Lac-Saint-Jean, de Laval, de Lanaudière, des Laurentides et de la Montérégie.

Tableau 15 Comparaison des dépenses réelles et des dépenses attendues pour les services de santé publique et les services sociaux aux jeunes et à la famille offerts par les CLSC en 2000-2001

Régions	Santé publique			Jeunes et famille			Écart total	
	Dépenses réelles	Dépenses attendues	Écart	Dépenses réelles	Dépenses attendues	Écart		
	(000 \$)	(000 \$)	(000 \$)	(000 \$)	(000 \$)	(000 \$)	(000 \$)	(%)*
Bas-Saint-Laurent	8 049	5 705	2 344	3 903	2 721	1 182	3 526	29,5
Saguenay-Lac-Saint-Jean	7 466	9 166	- 1 700	2 544	4 132	- 1 588	- 3 289	- 32,9
Québec	17 297	15 261	2 036	9 006	7 959	1 047	3 083	11,7
Mauricie et Centre-du-Québec	14 568	14 263	305	7 978	6 572	1 406	1 711	7,6
Estrie	8 830	7 638	1 192	4 918	4 125	792	1 984	14,4
Montréal-Centre	43 167	42 986	181	27 051	22 843	4 209	4 390	6,3
Outaouais	9 346	9 380	- 34	5 789	4 923	866	831	5,5
Abitibi-Témiscamingue	6 915	5 646	1 269	2 882	2 457	425	1 694	17,3
Côte-Nord	5 187	4 434	754	2 168	1 692	475	1 229	16,7
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	5 001	3 252	1 749	2 184	1 363	821	2 570	35,8
Chaudière-Appalaches	12 685	10 923	1 763	5 479	5 670	- 191	1 572	8,7
Laval	6 187	7 515	- 1 328	4 826	5 015	- 190	- 1 518	- 13,8
Lanaudière	9 110	12 069	- 2 959	3 662	6 312	- 2 650	- 5 609	- 43,9
Laurentides	9 250	13 402	- 4 152	4 443	7 233	- 2 790	- 6 942	- 50,7
Montérégie	30 825	32 243	- 1 419	15 897	19 710	- 3 813	- 5 232	- 11,2
Total Québec	193 881	193 881		102 729	102 729			
Somme des écarts positifs ou négatifs			± 11 592			± 11 222	± 22 589	

* Ce pourcentage représente la proportion de l'écart total par rapport à la somme des dépenses réelles pour la santé publique pour le programme jeunes et famille.

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux.

5.1.3 La comparaison des dépenses réelles et des dépenses attendues pour l'ensemble des services de type CLSC

Le tableau 16 donne les résultats des dépenses attendues en comparaison des dépenses réelles pour les deux programmes clientèles analysés ainsi que pour les services de soutien à domicile. La somme des écarts positifs ou négatifs est de 47,6 millions de dollars. La région de Montréal-Centre est en surplus pour un montant de 11,8 millions de dollars, par contre cela ne représente que 5,3 % de sa dépense réelle. En termes relatifs, ces sont les régions du Bas-Saint-Laurent et de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine ainsi que celle de l'Abitibi-Témiscamingue qui présentent les écarts les plus importants avec des pourcentages variant de 24,1 % à près de 32 %. La région la plus déficitaire est celle de la Montérégie qui a un manque à gagner de 19,2 millions de dollars, soit l'équivalent de 16,5 % de ses dépenses réelles en 2000-2001. En pourcentage, c'est la région des Laurentides qui est la plus déficitaire, soit 13,7 millions sur 49,3 millions de dollars, c'est-à-dire plus de 38 % de sa base de dépenses.

Tableau 16 Comparaison des dépenses réelles et des dépenses attendues pour les services de type CLSC en 2000-2001

Régions	Services de soutien à domicile		Services en santé publique		Services aux jeunes et à leur famille		Total		Écart	
	Dépenses réelles	Dépenses attendues	Dépenses réelles	Dépenses attendues	Dépenses réelles	Dépenses attendues	Dépenses réelles	Dépenses attendues		
	(000 \$)	(000 \$)	(000 \$)	(000 \$)	(000 \$)	(000 \$)	(000 \$)	(000 \$)	(000 \$)	(%)*
Bas-Saint-Laurent	21 493	16 971	8 049	5 705	3 903	2 721	33 445	25 398	8 048	24,1
Saguenay-Lac-Saint-Jean	22 374	18 555	7 466	9 166	2 544	4 132	32 384	31 854	530	1,6
Québec	48 841	49 300	17 297	15 261	9 006	7 959	75 144	72 520	2 623	3,5
Mauricie et Centre-du-Québec	37 106	39 131	14 568	14 263	7 978	6 572	59 652	59 966	- 315	- 0,5
Estrie	21 197	22 228	8 830	7 638	4 918	4 125	34 944	33 991	953	2,7
Montréal-Centre	154 862	147 390	43 167	42 986	27 051	22 843	225 080	213 219	11 861	5,3
Outaouais	25 445	18 416	9 346	9 380	5 789	4 923	40 580	32 719	7 861	19,4
Abitibi-Témiscamingue	14 352	9 717	6 915	5 646	2 882	2 457	24 148	17 820	6 328	26,2
Côte-Nord	7 524	5 745	5 187	4 434	2 168	1 692	14 879	11 871	3 008	20,2
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	11 915	8 425	5 001	3 252	2 184	1 363	19 100	13 039	6 060	31,7
Chaudière-Appalaches	27 414	28 628	12 685	10 923	5 479	5 670	45 579	45 221	358	0,8
Laval	20 935	23 484	6 187	7 515	4 826	5 015	31 947	36 014	- 4 067	- 12,7
Lanaudière	18 776	23 426	9 110	12 069	3 662	6 312	31 549	41 808	- 10 259	- 32,5
Laurentides	21 842	28 617	9 250	13 402	4 443	7 233	35 535	49 252	- 13 717	- 38,6
Montréal	69 931	83 972	30 825	32 243	15 897	19 710	116 652	135 926	- 19 274	- 16,5
Total Québec	524 007	524 007	193 881	193 881	102 729	102 729	820 617	820 617	0	0,0
Somme des écarts positifs ou négatifs									± 47 630	

* Proportion de l'écart par rapport aux dépenses réelles.

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux.

5.2 La répartition interrégionale des dépenses pour les services offerts en CHSLD

Les dépenses des services de type CHSLD ont atteint, en 2000-2001, 2 307,5 millions de dollars. Pour les fins de l'analyse visant à faire une répartition interrégionale selon l'approche populationnelle, les dépenses modélisées totalisent 2 272,9 millions de dollars et elles sont réparties en trois groupes, à savoir : les services d'hébergement institutionnel (2 000,3 millions), les services gériatriques et connexes (218,7 millions) et les services d'hébergement non institutionnel (53,9 millions de dollars). Les méthodes de calcul des dépenses attendues pour les trois groupes de services sont les suivantes.

a) Les services d'hébergement institutionnel

Il y avait au Québec, en mars 2001, un total de 40 204 adultes hébergés dans les établissements publics et privés conventionnés. À partir des rapports statistiques des établissements et du fichier sur les contributions des adultes hébergés, il est possible d'estimer le taux d'hébergement par groupe d'âge. En appliquant ce taux à la structure par âge des populations régionales, on obtient un volume normalisé de personnes hébergées par région. Les dépenses attendues par région sont déterminées en multipliant le volume par le coût moyen d'une personne hébergée pour l'ensemble du Québec.

Par ailleurs, le niveau de dépenses régionales peut être influencé par deux autres facteurs. Le premier facteur a trait à la lourdeur dans la mesure où plus les personnes admises en hébergement sont âgées, plus elles nécessitent de soins. Il a toutefois été impossible de vérifier en pratique cette relation entre la lourdeur et le nombre d'heures/soins, car on observe, en raison du nombre de places disponibles, que les personnes acceptées en hébergement ont de plus en plus besoin de soins, indépendamment de l'âge où elles sont admises. Il n'y a donc pas eu d'ajustement pour la lourdeur, mais c'est une question qui devra être de nouveau analysée plus en profondeur. Il en est de même pour la défavorisation socioéconomique sur le taux d'hébergement. L'information disponible ne permet pas d'en mesurer l'influence.

Le deuxième facteur concerne la mobilité entre les régions. L'analyse a été effectuée à partir de la banque de données sur les admissions, et on a pu ainsi évaluer les échanges de services en fonction de la résidence d'origine des personnes admises. Sur la base du bilan migratoire d'une période de quatre ans, se terminant en 2000-2001, on a mesuré l'impact financier découlant des variations de volume des personnes hébergées et on remarque une hausse marginale des dépenses dans trois régions, à savoir : Québec, Montréal-Centre

et Outaouais. Le tableau 17 donne les ajustements qui ont été faits aux dépenses attendues de chaque région.

Tableau 17 Ajustement financier par région pour les dépenses découlant des échanges interrégionaux de services d'hébergement institutionnel

Régions	Dépenses
	(000 \$)
Bas-Saint-Laurent	- 1 028
Saguenay-Lac-Saint-Jean	- 566
Québec	1 080
Mauricie et Centre-du-Québec	- 4 011
Estrie	- 103
Montréal-Centre	15 785
Outaouais	1 491
Abitibi-Témiscamingue	- 309
Côte-Nord	- 206
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	- 463
Chaudière-Appalaches	566
Laval	- 4 113
Lanaudière	- 3 239
Laurentides	- 2 828
Montréal	- 2 057
Somme des écarts positifs ou négatifs	± 18 922

b) Les services gériatriques et connexes

Les dépenses pour les services gériatriques et connexes comprennent des soins infirmiers, offerts à des personnes âgées dans des unités de soins de courte durée, des services en gérontologie, pour les personnes souffrant de pluripathologies, de même que des services d'hôpital de jour ou de centre de jour qui donne de l'aide thérapeutique ou préventive pour que les personnes âgées demeurent dans leur milieu de vie naturel. Ces dépenses ont été réparties en utilisant des profils de consommation qui ont été constitués à partir de la banque Med-Écho (soins de courte durée) ou à partir d'information extraite des rapports statistiques (AS-478). Les profils de consommation étaient ensuite appliqués aux populations régionales de référence pour déterminer un volume de consommation normalisée. Les dépenses attendues étaient finalement calculées en utilisant le coût moyen standard de chacun des services analysés.

**c) Les services d'hébergement
non institutionnel**

Les services d'hébergement non institutionnel visent à financer des ressources de type familial ou de l'hébergement en centres privés. Les dépenses attendues de ces services ont été réparties en proportion du nombre normalisé de personnes hébergées, comme cela a été calculé pour les services d'hébergement institutionnel.

**d) La comparaison des dépenses réelles et des dépenses
attendues de l'ensemble des services offerts en CHSLD**

Le tableau 18 donne les résultats des dépenses attendues en comparaison des dépenses réelles pour les trois groupes de services analysés. La somme des écarts positifs ou négatifs est de 103,0 millions de dollars. La région de Montréal-Centre est en surplus pour un montant de 81,2 millions de dollars, tandis que la région la plus déficitaire est celle de la Montérégie qui a un manque à gagner de 44,4 millions de dollars, soit l'équivalent de 15 % de ses dépenses réelles en 2000-2001. En termes relatifs, c'est la région de Laval qui est la plus déficitaire, soit 23,2 millions sur 73,7 millions de dollars, c'est-à-dire plus de 31 % de sa base de dépenses.

Toutefois, pour bien apprécier les écarts relatifs aux services offerts en CHSLD, il est important de tenir compte des dépenses qui sont faites au titre des services de soutien à domicile pour les personnes en perte d'autonomie. Le tableau 19 intègre donc ces dépenses avec celles des services en CHSLD et le total constitue en fait l'univers complet du programme d'hébergement des adultes en perte d'autonomie. Comme on peut le constater, cette intégration amplifie les écarts plutôt que de les diminuer puisqu'ils passent de 103,0 millions à 125,8 millions de dollars. Les deux principales régions en surplus sont celles de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (11,0 millions) et de Montréal-Centre (97,2 millions de dollars). Les principales régions déficitaires sont la Mauricie et Centre-du-Québec (13,7 millions), la Chaudière-Appalaches (13,6 millions), Laval (24,1 millions) et la Montérégie (57,2 millions de dollars).

Tableau 18 Comparaison des dépenses réelles et des dépenses attendues pour les services offerts en CHSLD en 2000-2001

Régions	Services d'hébergement institutionnel		Services gériatriques et connexes		Services d'hébergement non institutionnel		Total		Écart	
	Dépenses réelles	Dépenses attendues	Dépenses réelles	Dépenses attendues	Dépenses réelles	Dépenses attendues	Dépenses réelles	Dépenses attendues	(000 \$)	%*
	(000 \$)	(000 \$)	(000 \$)	(000 \$)	(000 \$)	(000 \$)	(000 \$)	(000 \$)		
Bas-Saint-Laurent	66 868	65 668	7 861	7 316	7 140	1 744	81 868	74 727	7 141	8,7
Saguenay-Lac-Saint-Jean	60 927	63 463	8 852	7 330	1 729	1 919	71 508	72 712	- 1 204	- 1,7
Québec	199 615	195 038	24 144	21 003	5 926	5 114	229 685	221 155	8 531	3,7
Mauricie et Centre-du-Québec	124 344	146 846	23 633	16 567	7 570	4 030	155 547	167 444	- 11 897	- 7,6
Estrie	86 491	88 191	8 605	9 554	1 000	2 297	96 096	100 042	- 3 946	- 4,1
Montréal-Centre	726 635	637 810	71 053	66 855	3 812	15 602	801 501	720 267	81 234	10,1
Outaouais	62 128	63 309	5 907	6 991	359	1 832	68 395	72 133	- 3 738	- 5,5
Abitibi-Témiscamingue	31 132	33 208	2 389	3 609	3 964	936	37 485	37 753	- 268	- 0,7
Côte-Nord	19 844	18 796	2 053	1 922	882	534	22 780	21 252	1 528	6,7
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	36 386	34 055	3 074	3 506	2 329	850	41 788	38 412	3 376	8,1
Chaudière-Appalaches	92 113	106 826	10 577	11 639	6 166	2 834	108 856	121 299	- 12 443	- 11,4
Laval	65 871	84 609	6 969	9 796	848	2 498	73 687	96 902	- 23 215	- 31,5
Lanaudière	75 942	73 408	7 685	8 690	1 922	2 351	85 549	84 450	1 099	1,3
Laurentides	89 454	90 570	8 170	10 683	4 484	2 842	102 107	104 095	- 1 988	- 1,9
Montérégie	262 610	298 562	27 761	33 272	5 763	8 510	296 134	340 344	- 44 210	- 14,9
Total Québec	2 000 359	2 000 359	218 732	218 732	53 895	53 895	2 272 986	2 272 986		
Somme des écarts positifs ou négatifs									± 102 909	

* Proportion de l'écart par rapport aux dépenses réelles.

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Tableau 19 Comparaison des dépenses réelles et des dépenses attendues du programme pour les personnes âgées en perte d'autonomie en 2000-2001

Régions	Dépenses réelles	Dépenses attendues	Écart	
	(000 \$)	(000 \$)	(000 \$)	(%)*
Bas-Saint-Laurent	94 317	83 360	10 957	11,6
Saguenay–Lac-Saint-Jean	81 446	82 118	-672	- 0,8
Québec	254 232	246 199	8 033	3,2
Mauricie et Centre-du-Québec	173 662	187 340	- 13 678	- 7,9
Estrie	105 272	111 340	- 6 068	- 5,8
Montréal-Centre	892 321	795 142	97 179	10,9
Outaouais	79 325	81 466	- 2 141	- 2,7
Abitibi-Témiscamingue	45 172	42 721	2 451	5,4
Côte-Nord	26 129	24 182	1 947	7,4
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	47 956	42 692	5 264	11,0
Chaudière-Appalaches	122 251	135 868	- 13 616	- 11,1
Laval	84 734	108 803	- 24 069	- 28,4
Lanaudière	93 485	96 321	- 2 836	- 3,0
Laurentides	113 011	118 610	- 5 599	- 5,0
Montérégie	325 775	382 927	- 57 151	- 17,5
Total	2 539 088	2 539 088		
Somme des écarts positifs ou négatifs			± 125 831	

* Proportion de l'écart par rapport aux dépenses réelles.

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux.

5.3 Le règlement des écarts

Comme il a été expliqué au chapitre 3, la Loi sur les services de santé et les services sociaux spécifie à l'article 464 que le Ministère doit fixer annuellement le montant des subventions visant à atteindre l'équité interrégionale, ce qui n'a pas été fait au cours des dernières années, sauf très marginalement. Les simulations qui sont présentées dans le présent chapitre visaient à appliquer l'approche populationnelle dans la répartition interrégionale des dépenses de services de CLSC et de CHSLD, en utilisant les données 2000-2001. En comparant les dépenses réparties avec les dépenses réelles, on a obtenu ainsi des écarts qui sont une mesure des iniquités régionales d'accessibilité aux services. Le facteur de défavorisation sociale et économique n'a pu être pris en compte et il faudra poursuivre les

recherches à ce sujet. De plus, il faut être prudent dans l'interprétation des écarts spécifiques à un service ou à un programme, car ils peuvent refléter des choix d'organisation de services répondant à des particularités régionales.

Pour avoir une interprétation plus juste, il est préférable d'avoir une approche qui tient compte simultanément de la situation de tous les programmes. À cet égard, les évaluations déjà faites par le Ministère vont globalement dans le même sens que celui des simulations faites pour le présent rapport. La question se pose donc, à savoir : comment régler les écarts entre les régions déficitaires et les régions excédentaires?

Pour amorcer la réflexion, on peut se limiter à la situation du programme pour adultes en perte d'autonomie, comme illustré au tableau 19. L'écart total est de $\pm 125,8$ millions de dollars, et ce qui ressort des écarts du profil interrégional est l'importance de l'excédent de la région de Montréal-Centre par rapport au déficit des régions périphériques. En pourcentage, d'autres régions ont aussi des surplus relatifs importants (Bas-Saint-Laurent et Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine) ou des déficits importants (Mauricie et Centre-du-Québec et Chaudière-Appalaches).

Il y a deux autres aspects à souligner concernant le programme pour adultes en perte d'autonomie. D'une part, le niveau de réponse aux besoins est jugé en moyenne trop faible et, d'autre part, comme le taux de croissance des personnes âgées est plus rapide dans les régions déficitaires, les écarts augmentent annuellement, en plus d'être évidemment indexés au même rythme que l'ensemble des dépenses.

Pour régler les écarts, deux approches sont possibles. La première consisterait à diminuer les ressources des régions en surplus pour les transférer aux régions en déficit. Sur la base des données du tableau 19, les montants transférés seraient de 125,8 millions de dollars. Cette solution ne coûte rien au Ministère mais elle est difficilement applicable, car elle entraînerait une diminution de services dans les régions en surplus, alors que la réponse aux besoins est jugée généralement insuffisante. Pour éviter cette difficulté, la seconde approche viserait plutôt à combler les écarts des régions en déficit en augmentant les ressources totales du programme des adultes en perte d'autonomie.

Le coût de la seconde solution serait alors beaucoup plus élevé que 125,8 millions de dollars, car il faudrait théoriquement accroître les dépenses jusqu'au niveau de la région qui a le surplus le plus élevé, c'est-à-dire 13,1 % de plus que les dépenses attendues (Bas-Saint-Laurent) par rapport au niveau des dépenses de la région qui a le déficit le plus élevé,

soit moins de 22,2 % (Laval). Le coût total de la mise à niveau serait de 407,5 millions de dollars, ce qui serait beaucoup trop élevé, car ceci équivaut à plus de trois fois le montant des écarts de base.

Comme les écarts de base pour l'ensemble des programmes sont probablement de l'ordre de 400 millions de dollars, le Ministère n'aura pas d'autre choix que d'élaborer un scénario se situant entre les deux approches décrites. Mais quel que soit le scénario, il faut s'attendre à ce que le coût de la solution soit substantiellement plus élevé que la valeur des écarts, et le Comité est d'avis qu'il faudrait viser un horizon de cinq ans pour régler le problème.

Afin d'essayer de régler ce problème, le Comité suggère la démarche suivante :

- a) dégager à l'intérieur du budget annuel du Ministère une enveloppe qui permettra, comme l'exige la loi, d'amortir les écarts sur un horizon de cinq ans;
- b) analyser avec les régions excédentaires les causes expliquant leurs écarts et établir, s'il y a lieu, les mesures qui pourraient être prises pour corriger l'organisation des services.

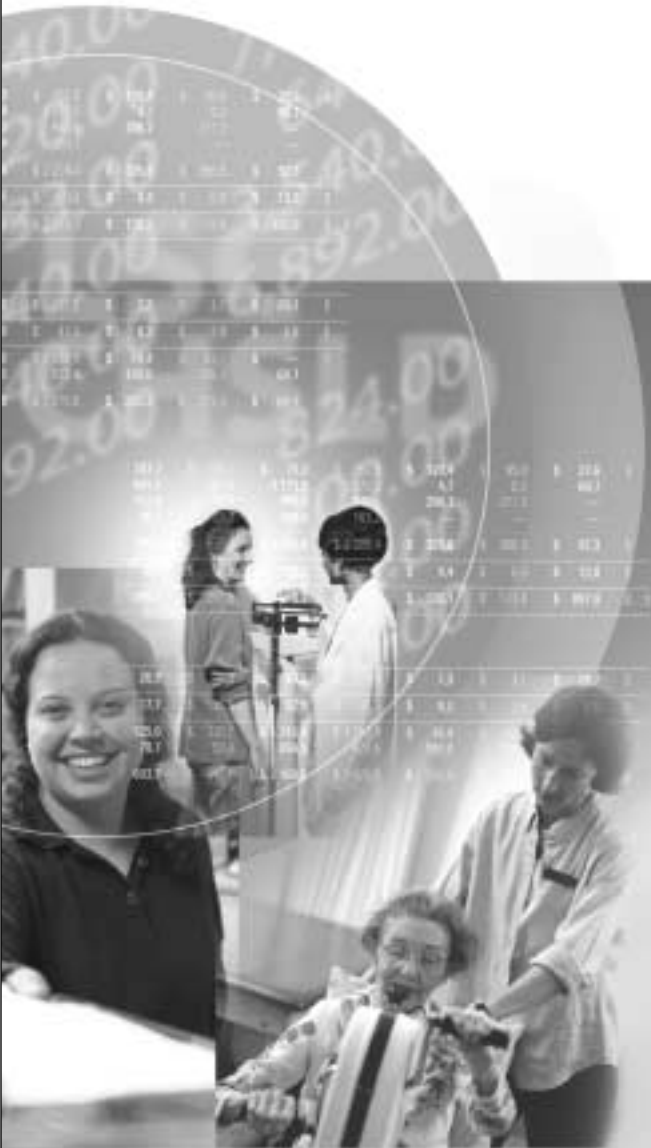
RECOMMANDATION 9

Le Comité recommande :

- /// de dégager, à l'intérieur du budget annuel du Ministère, une enveloppe, comme l'exige la loi, qui permettra d'amortir les écarts sur un horizon de cinq ans;
- /// d'analyser avec les régions excédentaires les causes expliquant leurs écarts et d'établir, s'il y a lieu, les mesures qui pourraient être prises pour corriger l'organisation des services.

L'implantation du nouveau processus budgétaire

Chapitre 6



6 L'IMPLANTATION DU NOUVEAU PROCESSUS BUDGÉTAIRE

Les recommandations du rapport ont été formulées de façon à décrire le nouveau processus budgétaire, en expliquant les éléments méthodologiques et en précisant, le plus possible, les étapes et la démarche à suivre. Pour implanter l'ensemble du modèle, il sera nécessaire de continuer à développer certains éléments et à détailler les opérations qui devront être réalisées à chacune des étapes. Le présent chapitre a pour but de rappeler les principaux points qui devraient faire l'objet d'un suivi de même que les priorités à l'égard du développement des systèmes d'information sur les activités des CLSC et des CHSLD.

6.1 Le suivi des recommandations

a) La révision de la définition des programmes

Conformément à la recommandation 2, les programmes seront l'élément intégrateur du nouveau modèle. Il est donc important que la révision de leur définition soit faite le plus tôt possible. De plus, celle-ci devra être faite en parallèle avec la reformulation des systèmes d'information financière et statistique, de façon à ce qu'il y ait une concordance entre les programmes et les centres d'activités du système comptable. On pourra ainsi avoir éventuellement des rapports de gestion qui auront la structure de programmes comme cadre de référence principal.

b) L'analyse de la dynamique des programmes

La recommandation 3 insiste sur la nécessité de procéder à l'analyse de la dynamique des programmes qui a pour but d'identifier les facteurs qui conditionnent l'évolution de la demande et de l'offre de services. La connaissance de ces facteurs est essentielle pour prévoir l'évolution des services et estimer les besoins financiers du réseau des établissements financés par le budget du Ministère.

c) Le cadre de gestion des services nationaux

La gestion des échanges de services entre les régions sera un élément stratégique du nouveau modèle. Si l'on n'en tient pas compte, il sera

impossible de mettre en application l'approche populationnelle dans la répartition interrégionale des ressources et ainsi, le processus budgétaire sera uniquement orienté vers la production des services.

Il a été proposé à la recommandation 6 de faire la distinction entre les services nationaux et les services locaux et régionaux et, en ce qui concerne plus particulièrement les services nationaux, que leur financement soit basé sur la facturation. Pour mettre en application cette nouvelle approche de gestion, il est important que le Ministère se penche immédiatement sur l'identification des services nationaux et entreprenne la définition d'un cadre administratif qui déterminera les responsabilités du Ministère, des régies régionales et des établissements de même que les procédures qui devront être suivies pour faire la facturation.

d) Les règles concernant le processus budgétaire

La loi stipule que le Ministère établit, à l'intention des régies régionales, les règles budgétaires qui doivent être suivies dans l'allocation des budgets aux établissements. Avec l'implantation du nouveau processus budgétaire, le budget global sera remplacé par un budget ventilé par programme, lequel sera basé sur une prévision de volumes de services et de coûts normalisés. L'approche budgétaire est ainsi complètement changée et il sera important que le déroulement du processus soit défini dans un règlement qui en précisera les aspects techniques ou administratifs et, notamment, les seuils de flexibilité dont disposeront les administrateurs dans la gestion des programmes. Il faudra, entre autres, aborder la question de la prise en charge des déficits et de la disposition des surplus qui devraient être sous la responsabilité conjointe des régies régionales et des établissements.

e) L'harmonisation du processus de gouverne et du processus budgétaire

Bien que cette question n'ait pas fait l'objet d'une recommandation de la part du Comité, le Ministère aura intérêt à examiner comment le processus de gouverne pourrait être harmonisé avec le processus budgétaire. Étant donné, en effet, que le niveau des ressources disponibles est un paramètre important à certaines étapes des deux processus, il s'ensuit de nombreuses interrelations entre les processus et les niveaux décisionnels. Les objectifs relatifs à la gouverne et à la reddition de comptes risquent d'être compromis si les processus ne sont pas harmonisés.

f) L'ajustement de l'indice de défavorisation

L'utilisation de l'approche populationnelle fait ressortir, comme nous l'avons vu au chapitre 5, le problème de l'équité interrégionale. Il n'a pas été possible, dans les simulations qui ont été faites, de tenir compte du phénomène de la défavorisation. L'indice de cette dernière, utilisé jusqu'à maintenant, n'avait pas été développé nécessairement pour des fins de budgétisation. Afin de bien apprécier les besoins relatifs des régions, il faut, à la lumière de l'exercice de simulation, revoir de quelle façon on pourrait utiliser la mesure de la défavorisation pour expliquer la partie des écarts de consommation de services qui serait due à des facteurs socioéconomiques. Le suivi de cette question est important pour l'aspect interrégional de la gestion des programmes de services de santé et de services sociaux, et le Comité est d'avis qu'elle devrait être confiée à un groupe de travail regroupant des représentants du Ministère et du réseau. De façon plus générale, le Comité appuie également la proposition qui a été faite par le Comité sur les CHSGS de former un comité conjoint permanent pour assister le Ministère dans la poursuite de la réforme du processus budgétaire du réseau de la santé et des services sociaux.

6.2 Le développement des systèmes d'information sur les services de CLSC et de CHSLD

Comme on l'a constaté au chapitre 5, faute d'avoir une information suffisante sur les services et les bénéficiaires des établissements de type CLSC et CHSLD, la mise en application du modèle a été limitée à une illustration de l'approche populationnelle pour la répartition interrégionale des ressources. Il faudra donc développer les systèmes d'information de façon à disposer des données essentielles sur les services, les coûts et les bénéficiaires, à savoir :

- ♦ le volume et les caractéristiques des services,
- ♦ l'identification des coûts par service et des indices de lourdeur de cas,
- ♦ l'origine et les caractéristiques des bénéficiaires.

Il existe différentes sources d'information qui proviennent de systèmes présentement exploités par les établissements. Mais, comme on a pu le constater à l'occasion des travaux du Comité, ces systèmes sont, soit incomplets ou, soit partiellement déployés. Les principales difficultés rencontrées sont les suivantes :

- ♦ peu de données comparables et à jour sur la lourdeur des services en institution et aucune sur les services de soutien à domicile;
- ♦ manque d'uniformité des données lorsqu'elles existent;
- ♦ difficulté d'apparier les codes d'établissements et les codes d'installation;
- ♦ cadre normatif absent ou incomplet;
- ♦ banque centrale de données prévue pour les différents systèmes individuels mais celle-ci est non actualisée (sauf pour les CLSC).

Le Ministère n'a pas encore formulé un plan intégré de développement des systèmes pour les CLSC et les CHSLD, mais compte tenu de l'état actuel des fichiers et des problèmes rencontrés dans l'utilisation des données, le Comité désire suggérer des orientations et des mesures prioritaires qui devraient être prises pour pouvoir implanter le nouveau processus budgétaire.

a) L'information sur les bénéficiaires du programme des adultes en perte d'autonomie

L'objectif d'un système d'information sur les bénéficiaires des services aux adultes en perte d'autonomie est de connaître, d'une part, les besoins et les services requis et, d'autre part, les soins et les services rendus. Le système actuellement utilisé s'appelle SICHELD (**S**ystème d'**I**nformation **C**lientèle en centre d'**H**ébergement et de **S**oins de **L**ongue **D**urée). Pour qu'il réponde mieux aux besoins d'information et qu'il devienne complètement opérationnel, il faudrait procéder aux améliorations suivantes :

- ♦ compléter le déploiement du système auprès de tous les établissements et créer la banque centrale prévue;
- ♦ inclure les bénéficiaires temporaires et développer des indices de lourdeur en concordance avec les autres systèmes en développement (multiclientèle et I-CLSC);
- ♦ mettre en place des mécanismes rigoureux de validation et de contrôle.

b) La grille d'évaluation de l'autonomie fonctionnelle

Le Ministère souhaite, depuis plusieurs années, mettre en place un mécanisme uniforme d'évaluation des personnes en perte d'autonomie à l'aide d'un instrument de mesure standardisé. L'outil qui est actuellement en développement s'appelle « multiclientèle », et il permettra de recueillir des données biosychosociales nécessaires pour évaluer une personne quant à son état de santé physique et mentale et à sa capacité fonctionnelle. Cette évaluation aidera à déterminer, de façon standardisée pour l'ensemble du réseau, la nature et l'intensité des services du plan d'intervention.

L'outil « multiclientèle » s'appuie principalement sur un **Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle** appelé SMAF. Ce dernier comprend cinq éléments d'évaluation qui se subdivisent en cinq niveaux. Les cinq éléments ont trait à la vie quotidienne, à la mobilité, à la communication, aux fonctions mentales et aux tâches domestiques. Les résultats sont regroupés selon la classification des incapacités de l'Organisation mondiale de la santé, en quatorze profils cliniques ISO-SMAF. Le nombre de cas des différents profils devrait pouvoir être pondéré éventuellement par des indices de lourdeur, c'est-à-dire des indices de coût, ce qui permettra d'obtenir ainsi un volume de cas équivalents pour les services du programme des adultes en perte d'autonomie, que ce soit l'hébergement ou le soutien à domicile.

Les profils ISO-SMAF ont été validés récemment pour les personnes hébergées, mais non pour les bénéficiaires des services à domicile. Par ailleurs, les CHSLD n'utilisent pas encore l'outil « multiclientèle » et il ne l'est que partiellement par les CLSC. Compte tenu de cette situation, le Comité suggère au Ministère de :

- ♦ compléter le développement de l'outil « multiclientèle » et élaborer le cadre normatif pour son utilisation;
- ♦ informatiser l'outil d'évaluation et prévoir la création d'une banque centrale de données;
- ♦ compléter la validation des profils ISO-SMAF pour les usagers hébergés et développer l'indice de lourdeur (c.-à-d. indice de coûts) des profils ISO-SMAF, de façon à pouvoir budgéter les services sur la base de coûts normalisés et faire l'analyse de performance des établissements;
- ♦ poursuivre le développement de la validation des profils ISO-SMAF pour les usagers en soutien à domicile et développer l'indice de lourdeur (c.-à-d. indice de coûts) de ces profils ISO-SMAF.

c) L'information sur les interventions faites en CLSC

Le système d'information : Intégration CLSC (I-CLSC) est un nouveau système mis en application en 1999. Donc, l'année 2000-2001 a été la première année pour laquelle certaines données ont pu être utilisées. Ainsi, l'information nécessaire au calcul de la consommation normalisée des services à domicile, présentée au chapitre 5, a été tirée notamment du nouveau fichier I-CLSC. L'objectif du système est de saisir et de traiter l'information sur les demandes de services et sur les interventions et de suivre les dossiers des usagers individuels ou de groupes. Malgré sa conception récente, plusieurs améliorations et plusieurs ajouts devront être apportés au système pour qu'il réponde aux besoins d'information sur la gestion des programmes, surtout dans la perspective de l'implantation du nouveau modèle budgétaire. Les principales difficultés sont les suivantes :

- ♦ plusieurs établissements continuent d'utiliser des systèmes autres que l'I-CLSC, notamment pour les interventions de vaccination;
- ♦ il y a chevauchement entre les centres d'activités utilisés, lesquels ne sont pas tous cohérents avec la définition des programmes ministériels;
- ♦ le cadre normatif ne prévoit pas de procédure pour mesurer la lourdeur des services selon les groupes de bénéficiaires;
- ♦ il n'y a pas d'arrimage entre le système d'INFO SANTÉ et le système I-CLSC, tout comme il n'y a pas d'outil informatisé pour gérer les services offerts dans les réseaux intégrés qui se multiplient de plus en plus;
- ♦ il n'y a pas de système d'information clinique et administrative pour les usagers des services ambulatoires des CLSC ou des CHSGS;
- ♦ il n'y a pas de module spécifique pour les services de soutien à domicile.

Il faudra donc corriger ces lacunes, et le problème de la cohérence entre les centres d'activités et le contenu des programmes montre l'importance d'avoir une approche intégrée pour la conception de l'ensemble des systèmes, y compris les systèmes comptables et statistiques. La crédibilité du nouveau processus budgétaire en dépend et les gestionnaires des établissements sont en attente d'une telle mesure qui créera un lien entre le processus budgétaire et le processus de reddition de comptes.

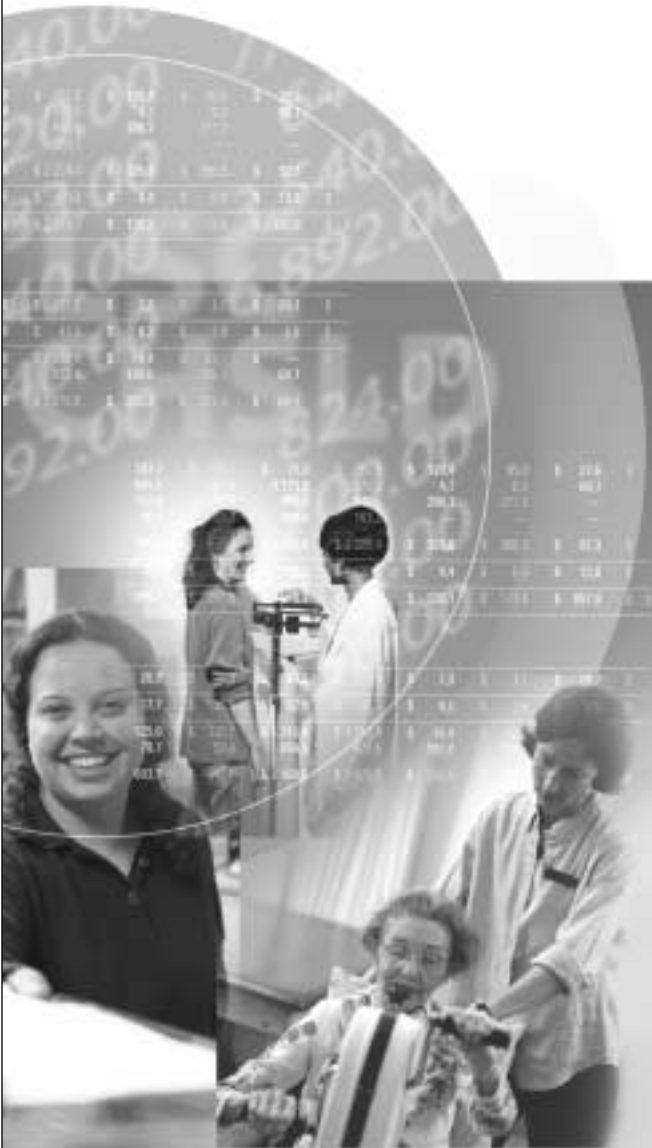
RECOMMANDATION 10

Afin de pouvoir faire une allocation des ressources basée sur l'approche populationnelle et de budgétiser les établissements des missions CLSC et CHSLD en tenant compte du volume et de la performance, le Comité recommande :

- ▄ de mettre en place les systèmes d'information permettant de disposer des données essentielles sur les services, les coûts et les bénéficiaires, à savoir :
 - ♦ le volume et les caractéristiques des services,
 - ♦ l'identification des coûts par service et des indices de lourdeur de cas,
 - ♦ l'origine et les caractéristiques des bénéficiaires;
- ▄ de compléter le développement et le déploiement du système d'information sur la clientèle en centre d'hébergement et de soins de longue durée, appelé SICHELD;
- ▄ de finir le développement et de généraliser l'utilisation de l'outil « multiclientèle » et du système de mesure SMAF;
- ▄ de procéder à l'élaboration des indices de lourdeur pour les profils cliniques ISO-SMAF, de façon à pouvoir budgéter les services sur une base de coûts normalisés, tant pour les services d'hébergement que pour le soutien à domicile;
- ▄ de compléter le système I-CLSC, pour qu'il y ait concordance avec les autres systèmes d'information, notamment pour les services ambulatoires des CLSC et des CHSGS;
- ▄ de confier à un groupe de travail l'analyse de l'influence des facteurs de défavorisation socioéconomique sur la demande des services;
- ▄ de former un comité conjoint permanent pour assister le Ministère dans la poursuite de la réforme du processus budgétaire du réseau de la santé et des services sociaux et dans les travaux de développement et de déploiement des systèmes d'information.

**Conclusion : La recherche
de l'équité et de la
performance**

Chapitre 7



7 CONCLUSION : LA RECHERCHE DE L'ÉQUITÉ ET DE LA PERFORMANCE

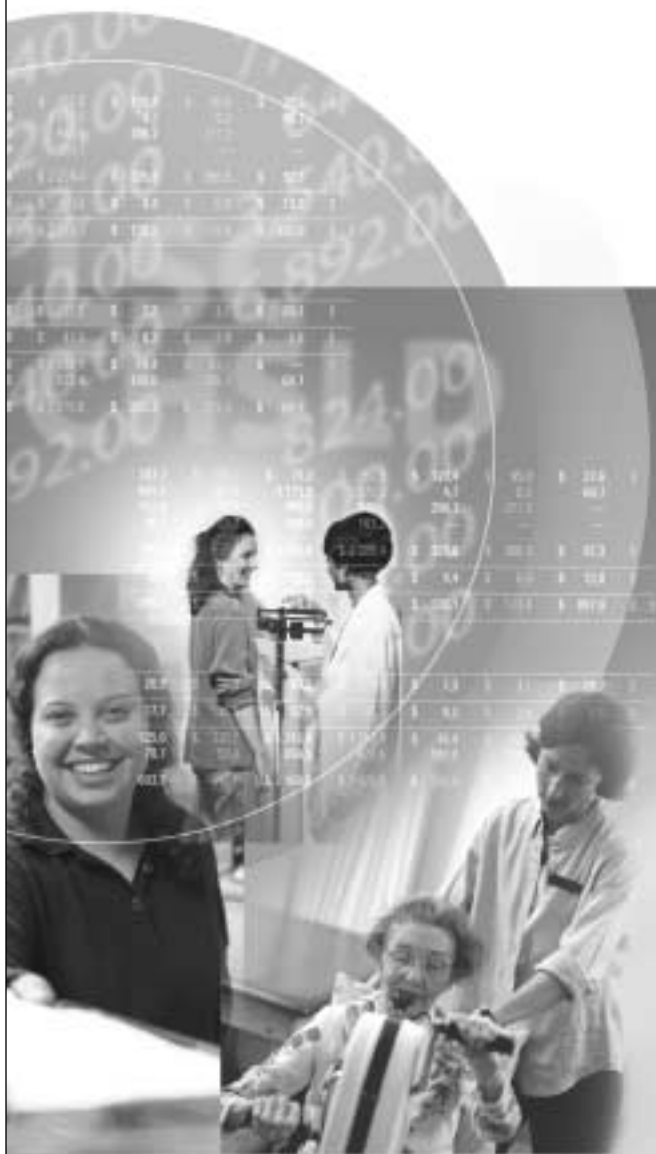
En terminant le présent rapport, le Comité désire rappeler que son mandat était de proposer à la fois une méthode de répartition interrégionale et un mode de budgétisation des ressources budgétaires concernant les services offerts par les CLSD et les CHSLD. L'objectif de la nouvelle méthode de répartition était de permettre une offre équitable de services dans toutes les régions, tandis que le nouveau mode de budgétisation devait favoriser la recherche de la performance, tant par les régies régionales que par les établissements du réseau.

Le modèle budgétaire proposé par le Comité permettra d'atteindre ces deux objectifs d'équité et de performance. Son implantation exigera toutefois des efforts importants à chacun des trois niveaux de responsabilité. Pour le Ministère, le défi sera de traduire, dans le processus décisionnel et dans les systèmes d'information, une nouvelle vision de la gestion des programmes et des établissements, en relation avec les besoins de la population. Pour les régies régionales, le défi sera d'utiliser les ressources qui leur sont allouées pour organiser les services de façon toujours plus efficace. Enfin, pour les établissements, le défi sera de garder un équilibre entre la gestion efficace des ressources et la qualité des services.

Il est important de souligner que l'équité et la performance sont deux objectifs complémentaires, car il est impossible d'avoir une offre équitable de services si la performance des établissements n'est pas équivalente d'une région à l'autre. Toutefois, si les deux objectifs sont complémentaires, ils ne doivent pas par ailleurs être confondus. L'équité est en effet une question qui est de l'ordre du financement, alors que la performance est une question de l'ordre de la gestion. Le Ministère doit donc avoir deux approches distinctes pour atteindre ces deux objectifs, en se rappelant que l'équité se joue au niveau de la région, tandis que la performance se joue au niveau de l'établissement.

Enfin, dans le contexte actuel budgétaire, la mise en application du nouveau système va se butter inévitablement au problème du niveau de financement des soins de santé et des services sociaux. La question est de savoir comment trouver un équilibre entre la demande et l'offre de services, de façon à respecter la capacité de payer des contribuables québécois. La transition de la méthode actuelle du budget global vers un mode de budgétisation basé sur les services implique le règlement de cette question qui est une condition pour que l'évolution du réseau soit stabilisée et contrôlée à long terme. Pour y réussir, il faudra que le Ministère ait une approche à la fois intégrée, cohérente et bien comprise par l'ensemble des intervenants.

Annexes



ANNEXE I

LISTE DES RECOMMANDATIONS

RECOMMANDATION 1

Le Comité recommande que le processus budgétaire, dans lequel s'insèrent les CLSC et les CHSLD, soit basé sur les quatre règles suivantes :

- /// la règle de l'équivalence des services et des ressources, afin de garantir à toute la population l'accessibilité aux services de même qualité;
- /// la règle de la performance, afin d'orienter la gestion des ressources vers la recherche d'un équilibre entre la qualité des services et l'efficacité en termes de coût;
- /// la règle de la cohérence, afin de tenir compte de l'ensemble des facteurs qui conditionnent le fonctionnement du réseau sociosanitaire;
- /// la règle de la transparence, afin que les gestionnaires soient en mesure d'assumer les résultats de leurs décisions.

RECOMMANDATION 2

Le Comité recommande :

- /// que le Ministère révise, en consultation avec des régies régionales et les établissements, la définition de programmes qui regroupe les services de santé et les services sociaux en fonction des objectifs des politiques ministérielles;
- /// que le budget du Ministère prévu pour financer les établissements soit ventilé selon les programmes de services et que ces derniers soient regroupés à l'intérieur d'un programme global permettant à l'Assemblée nationale de se prononcer sur le niveau global de ressources que le réseau devrait respecter;
- /// que les enveloppes budgétaires transmises aux régies régionales soient ventilées selon les programmes de services;
- /// que les enveloppes budgétaires transmises aux établissements soient ventilées selon les programmes de services;

- /// que les systèmes d'information financière et statistique soient adaptés pour véhiculer l'information nécessaire à la prise de décision sur les programmes à tous les niveaux, en s'assurant notamment de leur concordance avec les centres d'activités utilisés dans les rapports de gestion.

RECOMMANDATION 3

Le Comité recommande que le budget du Ministère pour le fonctionnement du réseau des établissements soit établi en faisant une prévision des besoins financiers de chaque programme de la façon suivante :

- /// identifier, à partir de l'analyse de la dynamique des programmes, les facteurs qui influent sur l'offre et la demande de services;
- /// prévoir la production du volume de services normalisés, selon la définition de la politique de santé et de services sociaux en vigueur;
- /// prévoir le niveau de coût moyen par cas de service normalisé et les besoins financiers qui en découlent compte tenu de la prévision du volume de services;
- /// ajuster les besoins financiers prévus pour un programme selon qu'il est nécessaire de procéder à des compressions ou qu'il est possible de développer ou de transformer les services.

RECOMMANDATION 4

Le Comité recommande que le Ministère :

- /// établisse des niveaux de services qui seraient reconnus comme minimaux pour déterminer les budgets de base des programmes;
- /// encourage la transformation et l'évolution des services en finançant les investissements nécessaires pour la mise en place de modes de prestations plus légers et moins coûteux.

RECOMMANDATION 5

Le Comité recommande que la répartition interrégionale du budget du Ministère pour le fonctionnement des établissements soit faite de la façon suivante :

- /// prévoir, par région, le volume de services normalisés de chaque programme;
- /// calculer un budget standard régional en tenant compte du volume de services normalisés et du coût moyen par cas de services utilisés pour déterminer le budget du Ministère;
- /// ajuster le budget standard régional pour tenir compte des facteurs spécifiques qui ont une influence sur le fonctionnement des établissements;
- /// déduire ou ajouter, selon le cas, l'impact des mesures de compressions budgétaires ou de développement de services, en s'assurant que le réseau d'établissements soit en équilibre financier.

RECOMMANDATION 6

Le Comité recommande :

- /// que les services nationaux soient gérés et financés de façon distincte;
- /// que leur planification et leur développement soient sous la responsabilité du Ministère, de concert avec les régies régionales des régions universitaires et les établissements offrant les services;
- /// que les services nationaux ainsi convenus soient intégrés dans le plan d'organisation des services de la région où ils se trouvent et qu'ils soient supervisés par les régies régionales concernées afin qu'elles puissent garantir la continuité de leur fonctionnement;
- /// que le financement des services nationaux soit spécifique et protégé et qu'il provienne de la facturation aux régies régionales pour les soins donnés à des patients résidant sur leur territoire;
- /// que le financement des échanges de services locaux et régionaux soit réglé par une formule de compensation globale, basée sur une évaluation des services reçus et des services rendus;

RECOMMANDATION 7

Le Comité recommande :

- /// que tous les établissements à vocation universitaire soient l'objet d'un financement supplémentaire pour les soutenir dans le rôle spécial qu'ils assument au plan de l'enseignement, de la recherche, du développement et de la diffusion d'expertise auprès du réseau des CLSC et des CHSLD.

RECOMMANDATION 8

Le Comité recommande que la répartition des ressources budgétaires par les régies régionales entre les établissements soit faite par programme de services, de la façon suivante :

- /// réviser, s'il y a lieu, la répartition des ressources entre les programmes, en respectant les règles édictées par le Ministère à cet effet;
- /// répartir entre les établissements les volumes prévus de services en faisant l'interface entre le plan d'organisation des services et le budget de chacun des programmes;
- /// calculer le budget par programme et par établissement en multipliant les volumes répartis par le coût standard moyen, ajusté, s'il y a lieu, pour les facteurs spécifiques;
- /// préparer des mesures d'économie si un établissement ne respecte pas l'obligation de l'équilibre budgétaire;
- /// laisser conjointement aux régies régionales et aux établissements la responsabilité de la prise en charge des déficits ou de la disposition des surplus;
- /// intégrer le budget prévu dans l'entente annuelle de gestion à convenir entre les régies régionales et les établissements.

Recommandation 9

Le Comité recommande :

- /// de dégager, à l'intérieur du budget annuel du Ministère, une enveloppe, comme l'exige la loi, qui permettra d'amortir les écarts sur un horizon de cinq ans;
- /// d'analyser avec les régions excédentaires les causes expliquant leurs écarts et d'établir s'il y a lieu les mesures qui pourraient être prises pour corriger l'organisation des services.

RECOMMANDATION 10

Afin de pouvoir faire une allocation des ressources basée sur l'approche populationnelle et de budgétiser les établissements des missions CLSC et CHSLD en tenant compte du volume et de la performance, le Comité recommande :

- /// de mettre en place les systèmes d'information permettant de disposer des données essentielles sur les services, les coûts et les bénéficiaires, à savoir :
 - ♦ le volume et les caractéristiques des services,
 - ♦ l'identification des coûts par service et des indices de lourdeur de cas;
 - ♦ l'origine et les caractéristiques des bénéficiaires;
- /// de compléter le développement et le déploiement du système d'information sur la clientèle en centre d'hébergement et de soins de longue durée, appelé SICHELD;
- /// de finir le développement et de généraliser l'utilisation de l'outil « multientèle » et du système de mesure SMAF;
- /// de procéder à l'élaboration des indices de lourdeur pour les profils cliniques ISO-SMAF, de façon à pouvoir budgéter les services sur une base de coûts normalisés, tant pour les services d'hébergement que pour le soutien à domicile;

- /// de compléter le système I-CLSC, pour qu'il y ait concordance avec les autres systèmes d'information, notamment pour les services ambulatoires des CLSC et des CHSGS;
- /// de confier à un groupe de travail l'analyse de l'influence des facteurs de défavorisation socioéconomique sur la demande des services;
- /// de former un comité conjoint permanent pour assister le Ministère dans la poursuite de la réforme du processus budgétaire du réseau de la santé et des services sociaux et dans les travaux de développement et de déploiement des systèmes d'information.

ANNEXE II

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Nombre d'établissements publics assumant les missions CLSC et CHSLD au 31 mars 2001	14
Tableau 2	Dépenses des missions CLSC et CHSLD par rapport aux programmes de services en 2000-2001	16
Tableau 3	Dépenses des services de soutien à domicile par programme de services en 2000-2001	17
Tableau 4	Évolution des dépenses par programme de services, 1994-1995, 1997-1998 et 2000-2001	18
Tableau 5	Évolution des dépenses totales des missions CLSC et CHSLD par rapport aux dépenses totales de services de 1994-1995 à 2000-2001	19
Tableau 6	Évolution des déficits des établissements de type CLSC-CHSLD par rapport à l'ensemble des établissements	21
Tableau 7	Ventilation des dépenses par centre d'activités pour les services de la mission CHSLD en 2000-2001	22
Tableau 8	Ventilation des dépenses par centre d'activités pour les services de la mission CLSC en 2000-2001	23
Tableau 9	Interrelations possibles entre les étapes du processus de gouverne et celles du processus budgétaire	35
Tableau 10	Budget du ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001-2002, Programme 2 – Fonctions régionales	37
Tableau 11	Processus d'allocation des ressources : Comparaison entre le processus actuel et le processus proposé	67
Tableau 12	Dépenses en 2000-2001 des services de type CLSC et CHSLD, par région	72
Tableau 13	Défavorisation matérielle et sociale par région selon l'indice de défavorisation de Pampalon et Raymond	74

Annexe II ▮ Liste des tableaux

Tableau 14	Comparaison des dépenses réelles et des dépenses attendues des services de soutien à domicile en 2000-2001.....	78
Tableau 15	Comparaison des dépenses réelles et des dépenses attendues pour les services de santé publique et les services sociaux aux jeunes et à la famille offerts par les CLSC en 2000-2001	80
Tableau 16	Comparaison des dépenses réelles et des dépenses attendues pour les services de type CLSC en 2000-2001	82
Tableau 17	Ajustement financier par région pour les dépenses découlant des échanges interrégionaux de services d'hébergement institutionnel.....	84
Tableau 18	Comparaison des dépenses réelles et des dépenses attendues pour les services offerts en CHSLD en 2000-2001	86
Tableau 19	Comparaison des dépenses réelles et des dépenses attendues du programme pour les personnes âgées en perte d'autonomie en 2000-2001	87

ANNEXE III

LISTE DES MEMBRES DES COMITÉS

Liste des membres du comité

Monsieur Denis Bédard, président du Comité
Économiste, membre de l'Observatoire d'administration publique
École nationale d'administration publique
Québec

Madame Marie Beauchamp
Directrice générale
CLSC-CHSLD Sainte-Rose-de-Laval
Laval

Madame Mireille Fillion
Sous-ministre adjointe
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Madame Chantale Lapointe
Directrice générale
CHSLD-CLSC Saint-Laurent
Saint-Laurent

Monsieur Julien Michaud
Conseiller aux systèmes d'information
Association des CLSC et des CHSLD du Québec
Montréal

Monsieur Roger Paquet
Sous-ministre associé
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Monsieur Marc Tanguay
Directeur général
Régie régionale de la santé et des services sociaux
de la Chaudière-Appalaches
Sainte-Marie

Monsieur François Therrien
Directeur général
CLSC Centre de santé des Sept-Rivières
Sept-Îles

Madame Colette Tracyk
Directrice générale
Institut universitaire de gériatrie de Montréal
Montréal

**Liste des membres du comité technique consultatif —
Groupe CHSLD**

Monsieur Denis Chevarie
Directeur adjoint
Direction adjointe de l'allocation des ressources
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Madame Sylvie Daigle
Directrice générale adjointe
CHSLD de Hull
Hull

Monsieur Richard Désy
Analyste financier
Association des établissements privés conventionnés
Montréal

Monsieur Hung Do
Directeur
Direction des politiques et des systèmes financiers
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Madame Danielle Dubois
Directrice de l'administration des programmes
Coordonnatrice, Projet SIPA
CLSC Bordeaux-Cartierville
Montréal

Madame Jocelyne Dufour
Conseillère aux soins et services à la personne âgée
Association des hôpitaux du Québec
Montréal

Madame Michelle Harvey
Conseillère, Administration et finances
Association des CLSC et des CHSLD du Québec
Montréal

Monsieur Richard Lefrançois
Conseiller
Direction générale du financement, des investissements
et du suivi budgétaire
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Monsieur Yves Marchand
Direction adjointe de l'allocation des ressources
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Monsieur Vital Simard
Chef de service
Services de personnes âgées
Direction générale de services à la population
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Monsieur Ali Hamrouni
Directeur
Groupes Ressources Réseaux
Régie régionale de la santé et des services sociaux
de la Mauricie-Bois-Francs
Trois-Rivières

Liste des membres du comité technique consultatif —
Groupe CLSC

Monsieur René Auger
Coordonnateur – Ressources financières et matérielles - Réseau
Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval
Laval

Madame France Boutin
Direction soutien au réseau
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Monsieur Denis Chevarie
Directeur adjoint
Direction adjointe de l'allocation des ressources
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Monsieur Guy Deschênes
Directeur général
CLSC Huntingdon
Huntingdon

Monsieur Hung Do
Directeur
Direction des politiques et des systèmes financiers
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Madame Mireille Dumont-Lemasson
Conseillère en analyse et développement
Association des CLSC et des CHLSD du Québec
Montréal

Monsieur Richard Lefrançois
Conseiller
Direction générale du financement, des investissements
et du suivi budgétaire
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Madame Gemma Pelletier
Directrice des services professionnels
CLSC-CHSLD Basse-Ville-Limoilou-Vanier
Québec

Liste des collaborateurs

Monsieur André Bastien
Direction adjointe de l'allocation des ressources
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Monsieur Michel Blondeau
Service du développement de l'information
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Annexe III ▀ Liste des membres des comités

Monsieur Jean-François Dolbec
Direction adjointe de l'allocation des ressources
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Monsieur René Kirouac
Direction adjointe de l'allocation des ressources
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Monsieur André Lussier
Direction adjointe de l'allocation des ressources
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Monsieur Yves Marchand
Direction adjointe de l'allocation des ressources
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Monsieur Robert Pampalon
Institut national de santé publique du Québec
Québec

Monsieur Guy Raymond
Unité d'études et d'analyses
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec