



L'architecture des services de santé et des services sociaux

Les programmes-services et les programmes-soutien



L'architecture des services de santé et des services sociaux

Les programmes-services et les programmes-soutien

Janvier 2004

Liste des membres du Comité sur la définition des programmes

Roland Villeneuve, président	Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la planification stratégique, de l'évaluation et de la gestion de l'information
Jean-Pierre Duplantie	Association des centres jeunesse du Québec (Centre jeunesse de Montréal)
Marie Beauchamp	Association des CLSC et des CHSLD du Québec (CLSC-CHSLD Sainte-Rose de Laval)
Norman Blackburn	Association des CLSC et des CHSLD du Québec (CLSC-CHSLD d'Autray)
Anne Lauzon	Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec
Lucie Gauthier	Association des hôpitaux du Québec (volet santé mentale – CH-Centre-de-la-Mauricie)
Denis Savage	Association des hôpitaux du Québec (volet santé physique)
Louis-Marie Marsan	Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle (Services de réadaptation L'Intégral)
François-Pierre Ménard	Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes (Centre de réadaptation Le Virage)
Madeleine Breton	Ministère de la Santé et des Services sociaux (santé mentale)
Hervé Ancil	Ministère de la Santé et des Services sociaux (planification stratégique)
Amélie Juhel	Ministère de la Santé et des Services sociaux (planification stratégique)
Léonard Gilbert	Ministère de la Santé et des Services sociaux (santé publique)
Jacques Lefort	Ministère de la Santé et des Services sociaux (santé physique)
Rachel Ruest	Ministère de la Santé et des Services sociaux (personnes en perte d'autonomie, déficience intellectuelle et déficience physique)
Marc Lacour	Ministère de la Santé et des Services sociaux (jeunes en difficulté et dépendances)
André Gariépy	Ministère de la Santé et des Services sociaux (services généraux)
Jean Paquin	Ministère de la Santé et des Services sociaux (santé physique)
Lynda Cyr	Ministère de la Santé et des Services sociaux (normes et pratiques de gestion)
René Kirouac	Ministère de la Santé et des Services sociaux (allocation des ressources et contour financier)
Denis Lévesque	Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Chaudière-Appalaches ¹
Murielle Leduc	Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre ²

Rédaction

M^{me} Amélie Juhel et M. Hervé Ancil, Unité des politiques et des orientations stratégiques

Collaboration

M^{me} Lynda Cyr, Service des normes et des pratiques de gestion

M. René Kirouac, Direction de l'allocation des ressources

Révision linguistique

M^{me} Micheline Collin, Direction générale adjointe de la planification stratégique

Ce document est disponible à la section documentation, sous la rubrique publications du site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux dont l'adresse est : www.msss.gouv.qc.ca

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Québec, 2004
Bibliothèque nationale du Canada, 2004
ISBN 2-550-43423-4

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

© Gouvernement du Québec

-
1. Depuis janvier 2004, l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Chaudière-Appalaches a remplacé la Régie régionale de la Chaudière-Appalaches.
 2. Depuis janvier 2004, l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal a remplacé la Régie régionale de Montréal-Centre.

Table des matières

Introduction	1
Première partie Définition et rôle des programmes dans le réseau de la santé et des services sociaux.....	2
1 La définition des programmes.....	2
2 Le rôle des programmes	4
3 Les balises pour le découpage des programmes	5
3.1 La configuration générale	5
3.2 La pertinence de constituer un programme	5
4 La composition des programmes	6
4.1 La composition des programmes-services	6
4.2 La composition des programmes-soutien	7
5 La préparation du contour financier	8
5.1 Le classement général des centres d'activités	8
5.2 La répartition des centres d'activités non exclusifs.....	8
5.3 La révision des centres d'activités	9
Deuxième partie La configuration des programmes	10
1 La configuration d'ensemble	10
2 Les programmes-services répondant à des besoins qui touchent l'ensemble de la population.....	12
2.1 Le programme Santé publique.....	12
2.2 Le programme Services généraux – activités cliniques et d'aide	12
3 Les programmes-services répondant à des problématiques particulières.....	15
3.1 Le programme Perte d'autonomie liée au vieillissement	15
3.2 Le programme Déficience physique	16
3.3 Le programme Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement	17
3.4 Le programme Jeunes en difficulté.....	17
3.5 Le programme Dépendances	18
3.6 Le programme Santé mentale	19

3.7	Le programme Santé physique	19
3.8	Autres services	21
4	Les programmes-soutien	22
4.1	Le programme Administration et soutien aux services	22
4.2	Le programme Gestion des bâtiments et des équipements	22
	Annexe A Historique des programmes	23
	Annexe B Comité sur la définition des programmes	27
	Annexe C Architecture des services de première ligne	28

INTRODUCTION

Jusqu'en 2003, l'activité au sein du système québécois de la santé et des services sociaux était divisée en huit programmes, appelés « programmes-clientèles ». Ce découpage a pris forme graduellement au fil des ans au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

En effet, depuis les années 1980, les programmes-clientèles ont servi de cadre aux orientations ministérielles et à l'organisation des services. Au début des années 1990, les premiers contours financiers des programmes sont réalisés et, dès lors, ils constitueront le point de référence pour répartir les budgets de développement entre les régions. L'essentiel du budget reste toutefois alloué aux établissements, sur une base historique, sans véritable lien avec les programmes-clientèles.

L'idée de se donner un mode d'allocation budgétaire qui transcende les frontières des établissements et qui adopte les contours et les objectifs de l'organisation des services a cours depuis longtemps au Québec. Cette situation a mené à diverses tentatives tout au long de ces dernières décennies (annexe A).

En 2003, la Table de concertation et de coordination permanente sur l'allocation des ressources est mise sur pied pour adopter un nouveau mode d'allocation des ressources. Puisque ce nouveau mode d'allocation prendra appui sur les programmes, la Table mandate le Comité sur la définition des programmes afin de revoir la configuration des programmes-clientèles (annexe B).

Le présent document décrit la nouvelle configuration des programmes qui découpent maintenant l'activité du système de santé et de services sociaux. Les programmes-services remplacent désormais les programmes-clientèles et l'on crée des programmes-soutien qui sont de nature administrative et technique.

Dans la première partie, ce document traite de notions générales concernant les programmes. La définition, le rôle, la composition des programmes et les balises qui ont servi à leur découpage y sont présentées de même que la préparation du contour financier. La seconde partie du document décrit la configuration d'ensemble des programmes et donne une définition plus détaillée de chacun d'eux.

PREMIÈRE PARTIE

DÉFINITION ET RÔLE DES PROGRAMMES DANS LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

1 La définition des programmes

Il faut rappeler, d'entrée de jeu, une évidence : tout découpage d'activités et de services comporte nécessairement une part d'arbitraire. Il n'y a pas de découpage parfait de la réalité, de configuration idéale. Cela vaut pour l'ensemble de l'activité publique; cela vaut également pour les services de santé et les services sociaux. Chaque société, chaque système de services adopte la configuration qui lui convient le mieux, en fonction des objectifs qu'il poursuit et du mode d'organisation qu'il privilégie.

Auparavant, l'activité du système de santé et de services sociaux était découpée en huit sous-ensembles désignés par l'appellation « programme-clientèle ». Ces programmes étaient : Santé publique, Santé physique, Santé mentale, Personnes âgées en perte d'autonomie, Déficience physique, Déficience intellectuelle, Jeunes et leur famille et Alcoolisme et autres toxicomanies.

À la suite des travaux du Comité sur la définition des programmes (2003), l'appellation « programme-clientèle » n'est plus retenue parce qu'elle peut être une source de confusion. En effet, le terme clientèle peut référer à un groupe de personnes qui partagent une problématique commune, mais également à un groupe d'âges (les 65 ans et plus), à une catégorie de personnes (les hommes), etc. Or, il faut s'assurer que des critères comme l'âge, le sexe, l'appartenance à une catégorie sociale ou autre ne peuvent être appliqués pour déterminer le contour d'un programme. En vertu du principe de l'universalité des services, l'application de tels critères ne trouve aucune justification.

Il importe de souligner que ce ne sont pas des personnes que l'on veut classer dans les programmes, mais plutôt un ensemble de services pour répondre à un besoin. Ainsi, une même personne peut avoir recours à plus d'un programme. Pour ces raisons, l'appellation « programme-clientèle » est remplacée par « programme-services ». De plus, afin de distinguer les activités qui ne sont pas des services directs aux personnes, les « programmes-soutien » ont été créés.

Dans le secteur de la santé et des services sociaux, un **programme** est un regroupement de services et d'activités. Il existe deux types de programme : les programmes-services et les programmes-soutien.

- ✓ Un **programme-services** désigne un ensemble de services et d'activités organisé dans le but de répondre aux besoins de la population en matière de santé et de services sociaux ou, encore, aux besoins d'un groupe de personnes qui partagent une problématique commune.
- ✓ Un **programme-soutien** désigne un ensemble d'activités de nature administrative et technique en appui aux programmes-services.

La définition d'un **programme-services** suppose que :

- le **regroupement des services** qui forme un programme est fondé sur la notion de **besoin**. Chaque programme doit regrouper l'ensemble des services et des activités qui permet de répondre aux besoins de la population ou à un profil de besoins d'un groupe de personnes.
- les **besoins** ou les **profils de besoins** priment par rapport aux frontières des établissements, aux territoires professionnels, à des domaines d'activités et autre.
- tout programme comporte des services qui lui sont propres et des services qu'il partage avec d'autres programmes. Par exemple, dans le programme Perte d'autonomie liée au vieillissement, on retrouve des services gériatriques qui sont propres à ce programme. À l'inverse, la pharmacie ou encore la physiothérapie et les soins infirmiers font aussi partie du programme Perte d'autonomie liée au vieillissement, mais ils appartiennent aussi à d'autres programmes.

2 Le rôle des programmes

La configuration des programmes poursuit les buts suivants :

- orienter l'organisation des services de santé et des services sociaux selon les besoins de la population et selon les profils de besoins des groupes de personnes aux prises avec une problématique particulière;
- fournir un cadre intégrateur pour la planification (politiques et orientations), pour l'allocation des ressources financières et pour la reddition de comptes;
- favoriser le réseautage, soit l'organisation des services en continuum et ce, au-delà des frontières institutionnelles ou professionnelles;
- permettre aux régions d'exercer des choix sur les modalités de prestation et d'organisation des services ainsi que sur la distribution des ressources.

La configuration doit :

- être suffisamment stable pour organiser efficacement les outils de gestion budgétaire et les outils informationnels, la reddition de comptes, etc.;
- être suffisamment flexible pour permettre au système de santé et de services sociaux de s'ajuster et de répondre adéquatement à l'évolution des besoins de la population.

3 Les balises pour le découpage des programmes

3.1 La configuration générale

Un principe général oriente le découpage :

- le nombre de programmes doit demeurer limité, afin de donner la marge de manœuvre nécessaire à l'échelle des régions et des territoires locaux, quant aux choix d'organisation et de prestation de services.

3.2 La pertinence de constituer un programme

Quant à la pertinence de constituer ou non un programme, les balises suivantes ont été considérées ensemble :

- les services visés s'inscrivent dans un continuum. Il s'agit d'un ensemble de services et d'activités organisé, qui répond aux besoins de la population ou aux besoins d'un groupe de personnes qui partagent une problématique commune;
- la nature des besoins auxquels on veut répondre est suffisamment différente pour requérir des services particuliers, donc un programme distinct;
- le nombre de personnes concernées est suffisamment important (masse critique);
- les ressources investies sont importantes;
- la problématique sociosanitaire constitue une large préoccupation sociale;
- la problématique sociosanitaire touche l'ensemble des régions.

Tous les programmes décrits ci-après respectent ces balises.

4 La composition des programmes

4.1 La composition des programmes-services

De façon générale, les programmes-services sont composés de services de première ligne, de deuxième ligne et de troisième ligne. Pour des raisons évidentes, le programme Services généraux – activités cliniques et d'aide ne comprend que des services de première ligne.

Les services de première ligne

Les services de première ligne sont le premier niveau d'accès et ils s'appuient sur des infrastructures légères. De plus, les services de première ligne regroupent deux grands types de service : les services généraux qui s'adressent à l'ensemble de la population et les services spécifiques pour des problématiques particulières (jeunes en difficulté, déficience intellectuelle, dépendances, maladies chroniques, etc.). À l'intérieur de ces deux grands types de service, on retrouve des activités de promotion-prévention et des activités cliniques et d'aide (annexe C).

Les services de deuxième ligne (services spécialisés)

Le deuxième niveau d'accès regroupe les services de deuxième ligne, ces derniers sont, dans la plupart des cas, des services spécialisés. Ils sont organisés sur une base régionale et offerts sur une base locale ou régionale. Ils permettent de résoudre des problèmes sociaux et de santé ainsi que des problématiques complexes. Ils s'appuient généralement sur une infrastructure importante et une technologie avancée ainsi que sur une expertise pointue, mais qui demeure toutefois répandue. Pour la grande majorité de ces services, les professionnels interviennent auprès des personnes qui leur sont référées, en soutien auprès des intervenants des services de première ligne, et agissent comme consultants auprès de ces derniers. Cependant, dans le secteur des jeunes en difficulté, bien que la Direction de la protection de la jeunesse offre des services spécialisés, elle constitue aussi une porte d'entrée en vertu des lois en vigueur.

Les services de troisième ligne (services surspécialisés)

Le troisième niveau d'accès regroupe les services de troisième ligne, ces derniers sont, habituellement, des services surspécialisés. Ils sont organisés sur une base nationale, mais ils peuvent être accessibles sur une base régionale ou même, exceptionnellement, sur une base locale. Ces services, accessibles habituellement sur référence, s'adressent à des personnes ayant des problèmes très complexes, dont la prévalence est très faible. Ils s'appuient sur des technologies, des expertises et des équipements sophistiqués et rares.

4.2 La composition des programmes-soutien

Contrairement aux programmes-services, les programmes-soutien ne sont pas composés de services directs donnés à la clientèle. Cependant, les activités de ces programmes sont nécessaires à la prestation des services et au fonctionnement d'un établissement.

On y retrouve des activités administratives (ex. : administration générale), des activités qui appuient la prestation des services à la clientèle (ex. : services alimentaires) et des activités qui concernent l'univers physique de l'établissement (ex. : entretien des bâtiments).

5 La préparation du contour financier

Tout programme est composé d'un ensemble de services et d'activités qui sont désignées par le vocable « centre d'activités ». Le contour financier fournit la répartition des dépenses par programme, à partir des centres d'activités qui forment chacun d'entre eux.

5.1 Le classement général des centres d'activités

D'une façon générale, les dépenses déclarées dans les centres d'activités, que l'on retrouve dans les rapports financiers des établissements, servent de base pour identifier les dépenses de chacun des programmes.

En pratique, un centre d'activités correspond à un type de service. Ce dernier est classé en fonction de son appartenance à un ensemble organisé d'activités, ensemble qui permet de répondre à un profil de besoins particuliers (ex. : déficience intellectuelle, perte d'autonomie liée au vieillissement, etc.). Ainsi, prenons deux services : « Gériatrie » et « Pédopsychiatrie ». Le premier est classé dans le programme Perte d'autonomie liée au vieillissement, parce qu'il appartient à la configuration des services destinés à répondre à ce profil de besoins, alors que le second est classé dans le programme Santé mentale, en vertu de la même logique.

De plus, ce n'est pas le type de clients qui détermine l'imputation des dépenses à un programme. C'est essentiellement l'appartenance d'un service à une configuration donnée, tel qu'il est décrit plus haut. Suivant cette logique, dans le cas d'une personne âgée en perte d'autonomie qui subit une opération chirurgicale à la suite d'une hernie, la dépense du service sera imputée au programme Santé physique et non au programme Perte d'autonomie liée au vieillissement. En effet, ce sont les services du programme Santé physique, reçus lors de son séjour hospitalier, qui répondent alors à ses besoins.

Enfin, ce n'est pas le lieu où un service est offert qui détermine son appartenance à un programme. Le lieu peut jouer un rôle important certes, mais il ne doit pas être considéré comme un élément déterminant. Par exemple, tous les services généraux, qu'ils soient donnés à domicile ou dans un établissement, font partie du programme Services généraux – activités cliniques et d'aide.

5.2 La répartition des centres d'activités non exclusifs

Un centre d'activités peut appartenir à un seul ou à plusieurs programmes. Selon le cas, il est dit « exclusif » ou « non exclusif ».

Pour illustrer la façon dont on traite les centres d'activités non exclusifs, prenons l'exemple des soins infirmiers à domicile, que l'on retrouve dans six programmes : Services généraux – activités cliniques et d'aide, Perte d'autonomie liée au vieillissement, Santé mentale, Déficience physique, Santé physique et Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement (TED). Dans de telles circonstances, le Ministère utilise

le total des coûts du centre d'activités et il le distribue entre les programmes à partir des données provenant du rapport statistique ou des systèmes d'information clientèle.

Ainsi, ce ne sont pas les établissements qui répartissent les coûts des centres d'activités non exclusifs dans les différents programmes. Lorsqu'un employé est assigné à plus d'une activité, les établissements doivent répartir le coût entre plus d'un centre d'activités. S'ils devaient aussi répartir les centres d'activités non exclusifs entre les programmes-services, cela ajouterait un niveau supplémentaire de répartition. Concrètement, cet exercice exigerait d'eux qu'ils séparent la rémunération d'une personne entre les centres d'activités, et ensuite, entre les programmes-services à l'aide d'une méthode de répartition commune déterminée par le Ministère, ceci afin d'obtenir des données comparables. Pour toutes ces raisons, on comprend qu'il serait difficile de demander aux établissements une reddition de comptes par programme. C'est pourquoi, pour assurer l'uniformité, le Ministère répartit donc lui-même les dépenses par programme.

5.3 La révision des centres d'activités

La révision des centres d'activités du manuel de gestion financière est un processus continu. L'objectif de cette démarche est de se donner des désignations (centres d'activités) qui permettent de colliger l'information la plus juste possible et, ainsi, de rendre compte, le plus exactement, de l'activité au sein de chaque programme.

DEUXIÈME PARTIE

LA CONFIGURATION DES PROGRAMMES

1 La configuration d'ensemble

La configuration comprend deux types de programme.

➤ **Les programmes-services**

Les programmes-services se subdivisent à leur tour en deux catégories.

√ Les *programmes-services* répondant à des besoins qui touchent l'ensemble de la **population** :

- Santé publique
- Services généraux – activités cliniques et d'aide

√ Les *programmes-services* répondant à des **problématiques particulières**³ :

- Perte d'autonomie liée au vieillissement
- Déficience physique
- Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
- Jeunes en difficulté
- Dépendances
- Santé mentale
- Santé physique

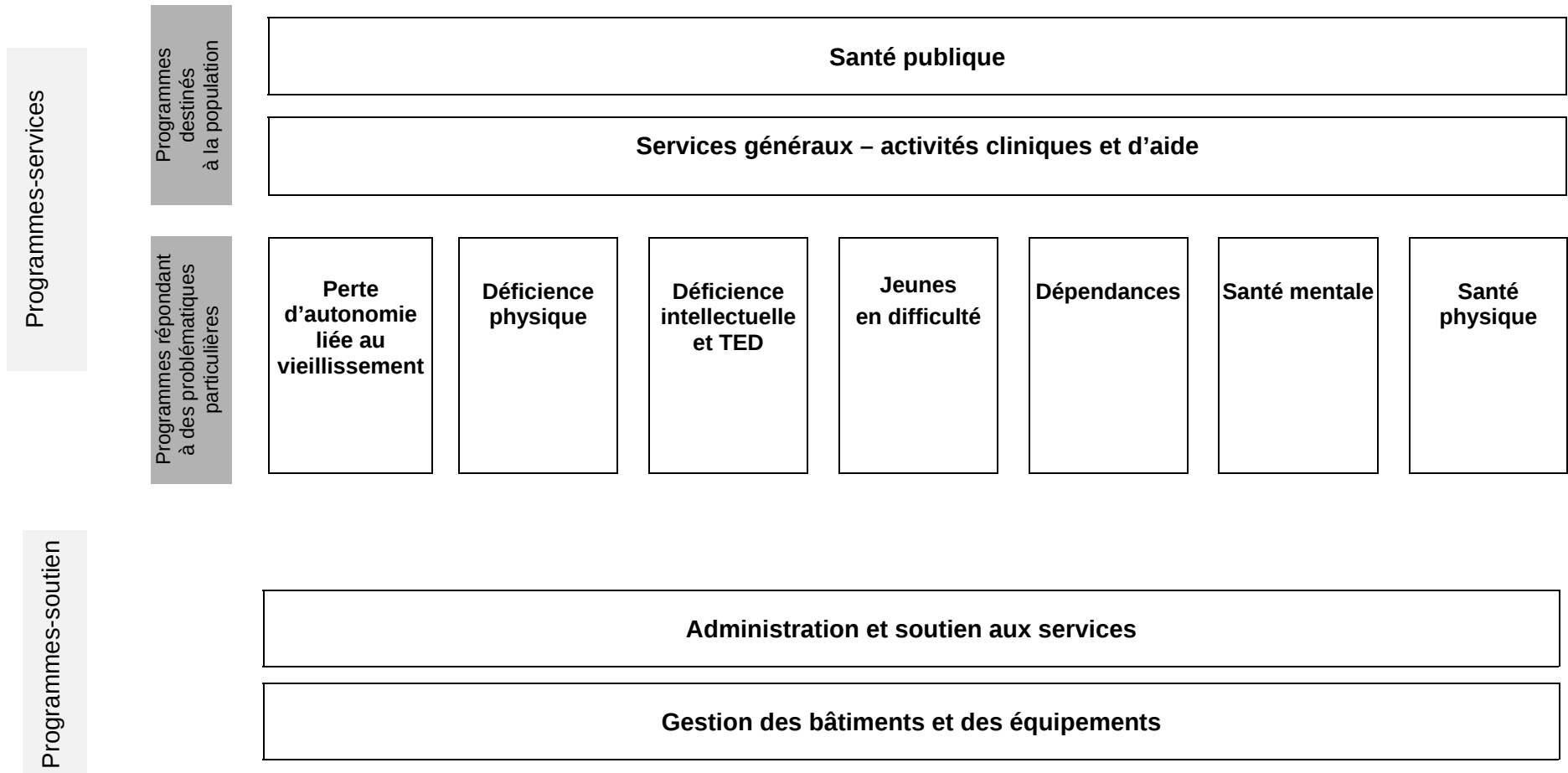
➤ **Les programmes-soutien**

√ Les *programmes-soutien* regroupent les activités qui viennent appuyer les programmes-services :

- Administration et soutien aux services
- Gestion des bâtiments et des équipements

3. Rappel : Ce n'est pas le type de clients (les personnes âgées, les jeunes, etc.) qui détermine l'appartenance à un programme, mais plutôt le profil de besoins lié à une problématique particulière : la perte d'autonomie, les problèmes d'adaptation, etc.

CONFIGURATION DES PROGRAMMES



2 Les programmes-services répondant à des besoins qui touchent l'ensemble de la population

2.1 Le programme Santé publique

La santé publique vise un grand objectif social : améliorer la santé et le bien-être général de la population par des actions qui se situent, la plupart du temps, avant que les problèmes ne surviennent. Le programme Santé publique est fondé sur une perspective populationnelle, c'est-à-dire qu'il s'adresse à l'ensemble de la population. Les actions de santé publique peuvent toutefois viser des groupes cibles qui partagent certains traits communs tels que l'exposition aux mêmes facteurs de risque, les conditions de vie particulières, etc.

La santé publique remplit quatre fonctions essentielles.

- La **surveillance continue de l'état de santé de la population** comprend les activités qui permettent d'évaluer l'état de santé de la population et de recueillir des données sur les déterminants de la santé afin d'en informer la population et les personnes qui s'occupent de la planification des services sociaux et de santé.
- La **promotion de la santé et du bien-être** inclut l'ensemble des actions qui visent à laisser aux individus, aux groupes et aux communautés une plus grande emprise sur leur santé par l'amélioration de leurs conditions et de leurs modes de vie.
- La **prévention** englobe des activités qui visent avant tout à réduire les facteurs de risque associés aux maladies, aux problèmes psychosociaux et aux traumatismes ainsi qu'à détecter les signes hâtifs des problèmes psychosociaux ou de santé.
- La **protection de la santé** regroupe les activités relatives à l'intervention des autorités auprès de groupes ou de toute la population en cas de menace, réelle ou appréhendée, pour la santé.

Enfin, les activités de santé publique sont réalisées aux trois paliers du système de santé et de services sociaux : national, régional et local. La présentation de l'architecture des services de première ligne (annexe C) montre que, au niveau local, la plupart des activités de promotion et de prévention, qu'elles s'adressent à l'ensemble de la population (services généraux) ou à des groupes vulnérables (services spécifiques), sont comprises dans le programme Santé publique.

2.2 Le programme Services généraux – activités cliniques et d'aide⁴

Les services de première ligne regroupent deux grands types de service : les services généraux qui s'adressent à l'ensemble de la population et les services spécifiques pour des problématiques particulières⁵. À l'intérieur de ces deux grands types de service, on retrouve des activités de promotion-prévention et des activités cliniques et d'aide.

4. Les services d'assistance sont compris dans les services d'aide.

5. Les services spécifiques font partie des programmes-services prévus pour les problématiques particulières, qui requièrent généralement des services de longue durée.

Cependant, le programme Services généraux – activités cliniques et d'aide, comme son nom l'indique, comprend uniquement les services généraux qui sont des activités cliniques et d'aide. Il exclut donc les activités de promotion-prévention. Ce programme regroupe les services qui possèdent les caractéristiques suivantes.

- Ce sont des services qui s'adressent à l'ensemble de la population.
- Ce sont des services de proximité, c'est-à-dire des services qui sont accessibles localement à partir d'un établissement, du cabinet de médecins ou du groupe de médecine de famille
- Ce sont généralement des services individuels destinés à répondre aux besoins des personnes présentant des problèmes ponctuels et aigus.

L'annexe C montre la place qu'occupent les services généraux au sein de la première ligne.

La liste suivante énumère les services que l'on retrouve dans le programme. Elle est sujette à révision, au fil du temps, afin de s'assurer qu'elle répond toujours aux besoins en services généraux pour chaque territoire local, quel que soit le lieu de dispensation.

Services inclus dans le programme Services généraux – activités cliniques et d'aide

- Information/orientation
- Services infirmiers (ex. : Info-Santé, planification des naissances, etc.)
- Services de soutien diagnostique
- Services de nutrition
- Services de physiothérapie
- Services psychosociaux pour les jeunes et les adultes
- Services à domicile de court terme (personnes postopérées et posthospitalisées)
- Services d'intervention en cas d'urgence et de sinistre
- Services d'action communautaire
- Services de suivi complet de maternité par une sage-femme

Lorsqu'un service du même type que ceux mentionnés ci-dessus (ex. : services infirmiers) est organisé pour répondre à une problématique particulière (santé mentale, déficience physique, etc.), il n'est pas considéré comme un service appartenant au programme Services généraux – activités cliniques et d'aide.

Complément d'information sur le programme Services généraux – activités cliniques et d'aide

- Tous les services généraux sont des services de proximité, mais tous les services de proximité ne sont pas des services généraux.
- Certains services sont dits conjoints, c'est-à-dire qu'ils peuvent être considérés à la fois comme des activités cliniques et d'aide et des activités de promotion-prévention. Selon les données disponibles, ces services sont classés dans le programme Services

généraux – activités cliniques et d'aide ou dans le programme Santé publique ou, encore, ils sont répartis entre ces deux programmes.

- Les services de soutien à domicile de longue durée ne font pas partie du programme Services généraux – activités cliniques et d'aide, ce sont des services spécifiques. Les services pour les personnes postopérées et posthospitalisées relèvent du programme Services généraux – activités cliniques et d'aide, car ce sont des services qui répondent à des besoins ponctuels.

3 Les programmes-services répondant à des problématiques particulières

3.1 Le programme Perte d'autonomie liée au vieillissement⁶

Le programme Perte d'autonomie liée au vieillissement regroupe tous les services dispensés dans un établissement, à domicile ou ailleurs, qui sont destinés aux personnes en perte d'autonomie et à leur entourage.

Il s'adresse à toutes les personnes qui sont en perte d'autonomie, principalement due à l'avancement en âge, et ce, peu importe la cause : perte d'autonomie fonctionnelle, problèmes cognitifs (ex. : maladie d'Alzheimer) ou maladies chroniques.

Il faut par ailleurs insister sur le fait que l'âge seul (65 ans et plus) ne saurait constituer un critère pour recevoir ou non les services de ce programme. Une personne de moins de 65 ans peut avoir les mêmes besoins qu'une personne de plus de 65 ans aux prises avec le même problème.

L'approche privilégiée au sein de ce programme diffère de celle des soins aigus où l'on porte un diagnostic et où l'on traite la maladie (programmes Santé physique et Services généraux – activités cliniques et d'aide). Pour les personnes en perte d'autonomie, il ne s'agit pas nécessairement de guérir, mais davantage de compenser la détérioration des conditions de santé, de miser sur le potentiel résiduel et d'assurer la sécurité des personnes dans leur résidence.

Les services que reçoivent les personnes qui sont hébergées à cause d'un autre problème que la perte d'autonomie liée au vieillissement (ex. : déficience intellectuelle), peu importe leur âge, ne font pas partie de ce programme.

Complément d'information sur le programme Perte d'autonomie liée au vieillissement

- Les activités des unités de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) disponibles en milieu d'hébergement de longue durée ne font pas partie de ce programme, mais sont incluses dans le programme Santé physique ou Déficience physique, selon les incapacités en cause : les services destinés aux personnes qui ont une incapacité temporaire appartiennent au programme Santé physique, alors que les services destinés aux personnes ayant une incapacité significative et persistante sont classés dans le programme Déficience physique.
- Les services de longue durée pour les personnes en perte d'autonomie sont souvent ponctués d'épisodes de soins aigus, lesquels font partie du programme Santé physique (suivant la même logique qui s'applique à toutes les clientèles de longue durée).

6. Le programme Perte d'autonomie liée au vieillissement remplace le programme Personnes âgées en perte d'autonomie.

- Les services prévus pour les personnes qui ont une maladie dégénérative et qui correspondent à un profil de besoins du type déficience physique (ex. : sclérose en plaques, ataxie de Friedreich) ne font pas partie du programme Perte d'autonomie liée au vieillissement, mais plutôt du programme Déficience physique. Cependant, avec l'avancement en âge, la condition de ces personnes pourrait s'aggraver et se confondre avec la perte d'autonomie liée au vieillissement. Dans ce cas, les services du programme Perte d'autonomie liée au vieillissement répondraient davantage aux besoins de ces personnes.

3.2 Le programme Déficience physique

Le programme Déficience physique regroupe les services visant à répondre aux besoins des personnes qui, peu importe leur âge, ont une **incapacité significative et persistante** ainsi qu'à leur entourage. Les services prévus pour les personnes qui ont une maladie dégénérative et qui correspondent à un profil de besoins du type déficience physique (ex. : sclérose en plaques, ataxie de Friedreich) font aussi partie de ce programme.

Les services destinés aux personnes présentant une déficience physique visent à développer et maintenir leur autonomie fonctionnelle, à compenser leurs incapacités et à soutenir leur pleine participation sociale. La nature des besoins de ces personnes fait en sorte qu'elles doivent recourir à un moment ou à un autre, à des services spécialisés de réadaptation et, lorsque cela est nécessaire, à des services de soutien à la participation sociale.

La clientèle du programme regroupe des personnes de tous âges, dont la déficience d'un système organique entraîne ou risque d'entraîner, selon toutes probabilités, des incapacités significatives et persistantes (y compris épisodiques) liées à l'audition, à la vision, au langage ou aux activités motrices et dont la réalisation des activités courantes ou des rôles sociaux est ou risque d'être réduite.

Par ailleurs, un changement dans la condition de la personne ayant une déficience physique telle que l'aggravation des troubles fonctionnels ou des problèmes de santé peut l'amener vers le programme Perte d'autonomie liée au vieillissement, parce qu'elle présente les caractéristiques de cette clientèle et que les services ne répondront plus seulement aux besoins liés précisément à la déficience physique.

Complément d'information sur le programme Déficience physique

- Les services de ce programme ne sont pas destinés aux personnes qui ont une limitation temporaire et qui ont des besoins en réadaptation.
- Les activités des unités de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) pour les incapacités significatives et persistantes sont classées dans ce programme.

3.3 Le programme Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement⁷

Pour le volet déficience intellectuelle, le programme regroupe les services destinés à répondre aux besoins des personnes qui ont un fonctionnement cognitif général significativement inférieur à la moyenne, accompagné de difficultés d'adaptation apparaissant pendant l'enfance. Les services de ce programme permettent de réduire l'impact de la déficience, de compenser les incapacités et de soutenir l'intégration sociale.

Plus spécifiquement, les services visent à :

- garantir l'accès des personnes présentant une déficience intellectuelle aux services destinés à l'ensemble de la population;
- soutenir la famille et les proches;
- développer les capacités des personnes présentant une déficience intellectuelle;
- assurer l'intégration socioprofessionnelle et résidentielle des personnes présentant une déficience intellectuelle.

Ce programme comprend aussi les services offerts aux personnes aux prises avec un trouble envahissant du développement (TED). Ces problèmes particuliers se déclarent dans les premières années de la vie. Ils se traduisent par des déficiences majeures liées à trois aspects du développement : les interactions sociales; la communication verbale et non verbale; et les intérêts et les comportements restreints, stéréotypés et répétitifs. Le plus répandu de ceux-ci est l'autisme.

Les personnes aux prises avec cette problématique requièrent souvent des services qui leur sont propres. Malgré ce fait, ces services ne font pas partie d'un programme distinct. Deux raisons motivent ce choix. D'une part, le nombre de personnes concernées par cette problématique et les ressources investies ne justifient pas la création d'un tel programme. D'autre part, l'organisation actuelle des services leur fait une large place dans les centres de réadaptation en déficience intellectuelle.

Complément d'information sur le programme Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement

- Afin de distinguer les services spécifiques destinés aux personnes aux prises avec un TED, des centres d'activités permettent de ventiler l'information pour connaître les ressources qui leur sont allouées.

3.4 Le programme Jeunes en difficulté

La très grande majorité des jeunes trouvent auprès de leurs parents, de leur famille ou de leur milieu de vie habituel toutes les ressources nécessaires pour assurer leur santé, leur

7. Afin de tenir compte de la réalité, l'ancien programme Déficience intellectuelle se nomme désormais Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement.

sécurité, leur bien-être ou leur développement. Pour certains jeunes, par contre, le parcours est plus laborieux.

Le programme Jeunes en difficulté regroupe les services destinés aux jeunes – de la petite enfance jusqu'à l'âge adulte –, qui présentent des problèmes de développement ou de comportement, ou qui ont des difficultés d'adaptation sociale (délinquance, violence, suicide, etc.). Ce programme s'adresse également aux jeunes qui ont besoin d'une aide appropriée pour assurer leur sécurité et leur développement (abus, négligence, etc.) ou pour éviter que ceux-ci ne soient compromis. Ce programme comprend aussi des services destinés aux familles des jeunes concernés.

Le programme comprend également des services spécialisés comme l'adoption, le placement et la réadaptation sociale.

Complément d'information sur le programme Jeunes en difficulté

- Lorsque les services psychosociaux sont destinés aux jeunes en difficulté, ils sont des services spécifiques et ils sont compris dans le programme Jeunes en difficulté. Cependant, pour les jeunes comme pour les adultes, les services psychosociaux pour une problématique de court terme sont inclus dans le programme Services généraux – activités cliniques et d'aide.
- Les services de santé mentale infantile ne font pas partie de ce programme. Ils sont compris dans le programme Santé mentale.

3.5 Le programme Dépendances⁸

Ce programme adopte une approche globale pour la problématique de la dépendance, et ce, quelle qu'en soit la cause. La dépendance entraîne généralement des comportements inacceptables pour la personne elle-même ou pour autrui.

Ce programme vise à répondre aux besoins de toutes les personnes aux prises avec des problèmes d'abus ou de dépendances, quel que soit leur âge. Ainsi, il comprendra à la fois les problèmes :

- d'alcoolisme et de toxicomanies;
- de jeu compulsif;
- de cyberdépendance, etc.

Le programme comprend notamment des services de réadaptation et de réinsertion sociale, des services de désintoxication ainsi que des services ayant pour but la réduction des méfaits, tels que les traitements à la méthadone. Les services aux familles et aux proches des personnes ayant une dépendance font aussi partie de ce programme.

8. L'ancien programme Alcoolisme et autres toxicomanies est remplacé par le programme Dépendances.

3.6 Le programme Santé mentale

Le programme Santé mentale vise à permettre à toute personne, dont la santé mentale est perturbée, d'obtenir une réponse adaptée à ses besoins et une attention appropriée à sa situation.

Les services sont destinés :

- aux personnes qui présentent des troubles mentaux sévères, généralement persistants, associés à de la détresse psychologique et à un niveau d'incapacité qui interfère, de façon significative, dans leurs relations interpersonnelles et dans leurs compétences sociales de base.
- aux personnes qui vivent des troubles mentaux transitoires, d'intensité variable, source d'une détresse psychologique importante, qu'une aide appropriée, prodiguée au moment opportun, peut ramener à leur niveau de fonctionnement psychologique et social antérieur.

Le programme Santé mentale s'adresse aux adultes, aux jeunes et à leur famille. Cependant, l'approche diffère généralement selon les groupes d'âges.

Complément d'information sur le programme Santé mentale

- Les services généraux de santé mentale sont des services psychosociaux et ils sont inclus dans le programme Services généraux – activités cliniques et d'aide.
- Les urgences hospitalières de santé mentale relèvent du programme Santé mentale.

3.7 Le programme Santé physique

Le programme Santé physique s'adresse à toute personne qui est aux prises avec une maladie, un symptôme ou un traumatisme et qui doit recevoir des soins et des traitements spécialisés et surspécialisés. Il s'adresse également à toute personne aux prises avec une maladie qui exige un suivi systématique et des services en continu.

Le programme Santé physique comprend donc précisément :

- les urgences

Les soins dispensés dans les urgences sont des services d'accueil, d'évaluation, de stabilisation et de traitement dans le but de répondre à une condition médicale urgente ou d'arriver à une décision éclairée sur l'orientation du patient.

- les épisodes de soins aigus et les visites en ambulatoire qui sont spécialisés et surspécialisés ainsi que les visites spécialisées à domicile

Les services spécialisés et surspécialisés permettent de résoudre des problèmes de santé complexes. Ils s'appuient généralement sur une infrastructure importante et une technologie avancée. Ceux-ci ont un caractère ponctuel. Les personnes y sont

référéées pour une consultation, une investigation plus poussée, une série de traitements spécialisés ou un encadrement particulier.

Dans le programme Santé physique, on retrouve ces services dans les épisodes de soins aigus et les visites en ambulatoire ou à domicile. Aux fins de ce document, un épisode de soins va de l'admission en établissement au congé⁹. Ainsi, les services aux personnes posthospitalisées et postopérées ne sont pas compris dans ce programme, mais dans le programme Services généraux – activités cliniques et d'aide.

- les soins palliatifs

Les soins palliatifs offerts par une équipe qui assure aux mourants des soins individualisés et personnalisés font partie du programme. Ces soins visent à apaiser la souffrance par le soulagement des symptômes et par des soins de base dispensés avec assiduité, et à accompagner le mourant dans un cheminement vers la mort.

- les services de santé physique destinés aux malades qui ont besoin d'un suivi systématique et qui doivent recevoir des services en continu.

La plupart de ces services sont destinés aux personnes atteintes d'une maladie chronique ou d'un cancer et ils occupent une place de plus en plus importante dans l'offre de services. L'approche dans la prestation de ces services diffère de celle des soins aigus. En effet, il ne s'agit pas de guérir, mais plutôt de réduire la détérioration des conditions de santé et d'assurer une certaine qualité de vie.

Complément d'information sur le programme Santé physique

- Les services de nutrition comme les services infirmiers, l'ergothérapie ou la physiothérapie sont classés dans le programme Santé physique quand ils font partie d'un épisode de soins aigus (en centre hospitalier, en clinique affiliée ou autre).
- Les activités des unités de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) pour les personnes ayant des incapacités temporaires relèvent de ce programme.
- Les épisodes de soins aigus, peu importe la clientèle qui la reçoit, se rattachent à ce programme. Par exemple, un épisode de soins aigus dispensé à une personne en perte d'autonomie ou à une personne avec une déficience physique est compris dans de ce programme.
- Le transport ambulancier pour les personnes assurées appartient à ce programme.
- Les services d'urgence pour les personnes aux prises avec un problème de santé mentale ne se retrouvent pas dans ce programme. Ils sont classés dans le programme Santé mentale.

9. Dans le cas d'une intervention dans une clinique affiliée de médecins spécialistes, l'épisode de soins se limite à cette intervention. Il est à noter qu'une clinique affiliée est rattachée par entente à un centre hospitalier et qu'elle offre des services médicaux, des chirurgies et certains services diagnostiques (Commission Clair, 2000).

3.8 Autres services

Certains services offerts par les organismes communautaires¹⁰ ne sont classés dans aucun programme-services. Ces services répondent à une problématique précise, mais ils ne peuvent pas être attribués à un programme en particulier. Ils doivent cependant être pris en compte dans l'allocation des ressources financières.

10. Il est à noter que la majorité des services offerts par les organismes communautaires sont répartis dans les programmes-services auxquels ils sont rattachés.

4 Les programmes-soutien

Les activités comprises dans les programmes-soutien viennent appuyer les services offerts aux usagers dans chaque établissement du réseau de la santé et des services sociaux. Les programmes-soutien permettent d'isoler, d'une part, l'administration et le soutien et, d'autre part, la gestion des bâtiments et des équipements.

4.1 Le programme Administration et soutien aux services

Ce programme est composé de deux univers : le premier regroupe des activités de nature administrative et le second appuie la prestation des services à la clientèle de l'établissement.

Dans le premier, on retrouve la gestion générale de l'établissement, l'administration des services techniques et les activités liées à l'intégration de l'informatique.

Le second comprend la coordination des services à la clientèle et des soins infirmiers et d'assistance, l'enseignement, les activités relatives à l'admission et à l'inscription des usagers, l'alimentation et la buanderie. Cependant, il faut porter une attention particulière à certains coordonnateurs qui sont des gestionnaires de cas. Ces derniers doivent être classés dans les programmes-services. Il s'agit de postes cliniques et non de postes de gestion.

4.2 Le programme Gestion des bâtiments et des équipements

Ce programme englobe, plus précisément, les activités qui touchent de près l'univers physique de l'établissement. Il concerne le fonctionnement des installations, leur entretien et leur réparation, le ménage, la gestion des déchets biomédicaux et la sécurité.

ANNEXE A

HISTORIQUE DES PROGRAMMES

Depuis le début des années 1970, le Ministère alloue les ressources financières par établissement. Or au fil des ans, la planification et l'organisation des services ont emprunté toujours davantage la loupe des clientèles, au-delà des frontières des établissements. Plusieurs tentatives ont été menées pour rapprocher les deux univers, faire en sorte que le mode d'allocation des ressources vienne mieux soutenir l'organisation de services sur la base de clientèles.

1 Le début des années 1970, les origines : le Planning Programming Budgeting System, comme outil de gestion gouvernementale

Avant les années 1970, le mode conventionnel de budgétisation des activités de l'État consistait à répartir les ressources allouées entre les différentes unités administratives du gouvernement (ministères, organismes et établissements). Au début des années 1970, le gouvernement décide d'adopter le *Planning Programming Budgeting System* (PPBS). Ce dernier devait contribuer à regrouper les unités administratives à l'intérieur des programmes, assortis d'objectifs. En effet, selon la philosophie du PPBS, le budget doit être subordonné aux objectifs que l'organisation décide de poursuivre, améliorant ainsi la prise de décision.

Le nouveau mode d'allocation des ressources n'a toutefois pas pu être implanté dans le réseau des affaires sociales (devenu en 1982 le réseau de la santé et des services sociaux). Un comité, formé par le ministère des Affaires sociales, ayant comme mandat d'implanter le PPBS, en arrive à la conclusion que les contraintes propres au Ministère et au réseau rendent difficile la structuration des activités par programme. De plus, l'idée d'une seule enveloppe par établissement – le budget global – était acquise; la Commission Castonguay-Nepveu l'avait recommandée. Le PPBS sera donc remplacé par l'implantation du budget global par établissement.

2 La fin des années 1970 : la Méthode de révision des bases budgétaires et la révision de la structure de programmes

Afin de corriger les disparités budgétaires historiques entre les établissements, le Ministère introduit en 1977, une méthode basée sur la mesure de la performance : la Méthode de révision des bases budgétaires (MRBB). Cette dernière devait comparer les hôpitaux, dits similaires (elle n'était appliquée qu'aux hôpitaux), le but étant de standardiser les bases budgétaires. Or, en raison de la conjoncture économique 1977-1982, les résultats des analyses faites au Ministère, à partir de la MRBB, ont été utilisés pour distribuer les compressions.

Au début des années 1980, le Ministère révisé sa structure budgétaire. Les programmes sont organisés essentiellement par catégorie d'établissements. Les programmes budgétaires administrés par le Ministère se présentent alors comme suit :

- Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ);

- services en CLSC;
- services des organismes bénévoles;
- services en CH;
- services en CAH (centre d'accueil d'hébergement);
- services en CAR (centres d'accueil de réadaptation);
- coordination de la recherche;
- coordination régionale et nationale.

Cette configuration a été modifiée au cours des années 1990. Les programmes budgétaires administrés par le Ministère sont depuis ce temps : Fonctions régionales, Fonctions nationales, OPHQ et RAMQ.

3 La Commission Rochon recommande « un financement sur la base de programmes » (1987)

La Commission Rochon propose un mode d'allocation budgétaire qui permettrait, pour la première fois, d'établir la jonction entre l'allocation budgétaire et l'organisation des services.

« La base de financement, à l'intérieur d'une région, serait le programme. L'Assemblée nationale voterait les montants que le Ministère pourrait affecter aux programmes qui sont de sa juridiction : elle voterait également les montants octroyés à chacune des régions (un budget global per capita pondéré). À l'intérieur des budgets ainsi obtenus, le Conseil d'administration de la régie régionale déciderait non seulement des objectifs prioritaires, mais également des programmes qui devraient être mis en œuvre pour atteindre ces objectifs et des ressources financières correspondantes. Certains programmes pourraient être assumés entièrement par un organisme, par exemple le programme de services de réadaptation à des handicapés moteurs; d'autres par plusieurs organismes dispensant des services identiques, par exemple les programmes de services généraux hospitaliers. Certains enfin nécessiteraient la collaboration d'un réseau d'organismes complémentaires (programme de réinsertion sociale d'anciens malades psychiatriques, ou de prise en charge de personnes atteintes du SIDA).

[...] La Commission pense qu'au fil des années [...] les établissements arriveraient à réarticuler leurs dépenses, leur fonctionnement et leur gestion autour de programmes dont ils ont la responsabilité. Une relation nouvelle devrait peu à peu s'établir entre les différentes ressources. C'est à ce prix, nous semble-t-il, que la continuité des services, et l'efficacité du système dans son ensemble, pourrait devenir une réalité. »

➤ Pour améliorer la santé et le bien-être au Québec (Orientations Lavoie-Roux – 1989) : une première définition technique du programme-clientèle

Les Orientations Lavoie-Roux adoptent la logique établie par la Commission Rochon et prônent le financement régionalisé. « Ce dernier confirme la responsabilité des régies

régionales d'allouer aux dispensateurs de services, à partir d'une enveloppe globale par programme, les ressources financières requises en fonction des objectifs nationaux et des priorités régionales. »

Ces orientations apportent une définition claire de la notion de programme. Pour la première fois, la notion est associée à une clientèle.

« Un programme se définit essentiellement comme un ensemble de services destinés à une clientèle particulière. Il repose sur les éléments suivants :

- le ou les problèmes en cause et les clientèles auxquelles on s'adresse;*
- les résultats visés sur une période donnée afin de diminuer l'intensité ou la fréquence du ou des problèmes;*
- les interventions et les services requis;*
- les ressources humaines, matérielles et financières mises à contribution;*
- les liens à établir, le cas échéant, avec d'autres programmes;*
- les mesures incitatives d'aide à la réalisation du programme;*
- les indicateurs de performance quant à l'utilisation des ressources et à l'atteinte des objectifs visés. »*

Le document apporte également une autre précision majeure.

« Actuellement, les crédits sont répartis en fonction d'une structure budgétaire par programme. Mais l'usage actuel ne rend pas justice à la notion. Les programmes n'intègrent en effet ni les problèmes auxquels on veut s'attaquer ni les objectifs visés. Le plus souvent, ils sont définis en fonction de catégories d'établissements [...]. »

Note : Le document de réforme qui a suivi l'année suivante (*Une réforme axée sur le citoyen*, 1990) n'apporte aucune précision supplémentaire relativement à la notion de programme.

➤ **Les années 1990 : la lente évolution**

L'idée que les programmes-clientèles s'inscrivent dans un cadre intégrateur, dans lequel des liens seraient établis entre les politiques, les orientations, l'organisation des services, l'allocation des ressources financières et la reddition de comptes, suit son chemin. Mais, il fallait d'abord circonscrire cette notion de programmes-clientèles.

Plusieurs comités internes au Ministère et au réseau de la santé et des services sociaux sur la définition des programmes et l'allocation des ressources financières ont cherché à raffiner la notion programme-clientèle¹¹. Les travaux ont alors produit une définition de programme, une première nomenclature¹² et un découpage financier (contour) qui ont été utilisés au cours des dix dernières années.

11. Pour un résumé des travaux, voir : Comité MSSS-Régies sur la gestion par programme (rédaction Patricia Caris), 1994, *Rapport du comité MSSS-régies sur la gestion par programme*, MSSS, 42 p.

12. Patricia Caris (1995), *Définitions des champs d'activités et des programmes-clientèles*, MSSS, 35 p.

Tout au cours des années 1990, la planification et l'organisation des services ont confirmé l'approche par programme-clientèle. En effet, à partir de l'adoption de la *Politique de la santé et du bien-être*, et même auparavant, les politiques et les orientations reposaient toutes sur la structure par programme qui avait été proposée par ces comités.

Dans le but de voir un jour cette structure organisationnelle appliquée dans son ensemble, ces mêmes comités proposaient de remplacer le mode de budgétisation des établissements du réseau, en utilisant une approche basée sur les programmes-clientèles et les besoins de la population.

En réponse à cette proposition, le Ministère a choisi d'adopter une méthode de répartition interrégionale qui s'appuie sur les programmes-clientèles. Cette méthode dite d'équité, élaborée et raffinée au cours de cette période, a été utilisée uniquement afin de répartir les compressions budgétaires et les budgets de développement. Quant à l'ensemble des budgets destinés aux établissements, le Ministère a continué de les allouer sur une base historique.

➤ **Les années 2000 : l'aube du changement**

Comme la décennie précédente, les années 2000 ont commencé par la mise en place de comités qui, inspirés par les réflexions des décennies passées, allaient contribuer par leurs recommandations à amorcer cette vague de changement.

En effet, dès juin 2000, le Ministère a mandaté un comité pour réévaluer le mode de budgétisation des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés. En janvier 2001, un autre comité a été créé pour réévaluer le mode de budgétisation des CLSC et des CHSLD. Ces deux comités arrivent aux mêmes recommandations, soit d'adopter une approche populationnelle ayant comme base les programmes-services, jusqu'à récemment appelés programmes-clientèles. De plus, ces comités recommandent au Ministère de former un comité conjoint permanent afin de poursuivre la réforme du processus budgétaire du réseau. À la suite de cette dernière proposition et vis-à-vis d'un consensus entourant la nécessité de revoir le mode d'allocation des ressources actuel, le Ministère a créé la *Table de concertation et de coordination permanente sur l'allocation des ressources*. La première rencontre des membres de cette Table a eu lieu en octobre 2002. Les travaux des différents comités qui relèvent de celle-ci ont permis d'atteindre un objectif majeur, celui de mettre en application pour l'année financière 2004-2005 un nouveau mode de budgétisation des établissements du réseau. Ce nouveau mode est basé sur les programmes et tient compte des besoins de la population et des particularités régionales.

En conclusion, les travaux menés par les comités, depuis les années 1990, témoignent des efforts investis depuis plusieurs années, tant de la part du Ministère que du réseau de la santé et des services sociaux, pour renouveler les outils de gestion et concilier les contraintes administratives et organisationnelles aux impératifs des interventions et des pratiques cliniques. Les résultats de ces travaux ont d'ailleurs fortement influencé le présent document.

ANNEXE B

COMITÉ SUR LA DÉFINITION DES PROGRAMMES

Le mandat

La Table de concertation et de coordination permanente sur l'allocation des ressources a confié le mandat suivant au Comité sur la définition des programmes.

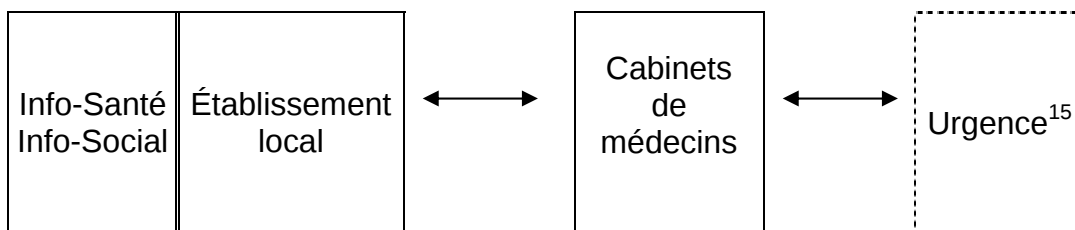
- Analyser le découpage des programmes-clientèles actuellement utilisés au Ministère en lien avec les orientations et les politiques ministérielles.
- En regard de l'une des priorités ministérielles, celle de faire converger les efforts vers une plus grande disponibilité des services généraux de première ligne, évaluer la pertinence d'introduire un nouveau programme afin de rendre compte de cette préoccupation.
- Revoir, si nécessaire, la définition des programmes-clientèles ainsi que leur composition, entre autres, du point de vue de la gamme de services (panier) déterminée par le Ministère, de la clientèle ou de la population visée et des objectifs à atteindre.
- Réviser, si nécessaire, les règles d'imputation par programme-clientèle selon les sources de données disponibles, étant donné que certains services doivent être éclatés par programme-clientèle (ex. : soutien à domicile).
- Procéder à l'évaluation du nouveau contour financier en distinguant les services directs à la clientèle, les activités administratives et de soutien ainsi que la gestion des bâtiments.
- Évaluer la pertinence d'adapter les états financiers afin que ceux-ci reflètent davantage le découpage retenu des programmes-clientèles et acheminer leur conclusion au Comité sur les systèmes d'information qui verra à en évaluer la faisabilité.

ANNEXE C

ARCHITECTURE DES SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE¹³

Par souci de clarté, il est intéressant de situer les programmes-services dans l'architecture du système de santé et de services sociaux, plus précisément l'architecture de la première ligne. Cette dernière est importante du fait que les services qui la composent se retrouvent dans tous les programmes-services.

Portes d'entrée¹⁴



Les services généraux et les services spécifiques

Les services de première ligne regroupent deux grands types de service : les **services généraux** qui s'adressent à l'ensemble de la population et les **services spécifiques** pour des problématiques particulières (jeunes en difficulté, déficience intellectuelle, dépendances, etc.). À l'intérieur de ces deux grands types de service, on retrouve des activités de promotion-prévention et des activités cliniques et d'aide.

Les services généraux

Au sein des services généraux, les **activités de promotion et de prévention** visent à agir sur les déterminants de la santé, afin de diminuer les facteurs de risque qui menacent la santé ou d'en réduire les conséquences, et à dépister précocement les maladies et les problèmes psychosociaux.

À l'intérieur des services généraux, les **activités cliniques et d'aide¹⁶** répondent à l'ensemble des besoins individuels des personnes vivant une situation particulière momentanée ou présentant, la plupart du temps, des problèmes ponctuels ou de nature aiguë et réversible. Ces services s'adressent à tous, y compris les personnes aux prises avec une problématique particulière.

13. Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003, *Les services de santé et les services sociaux de première ligne*, rédaction Laurence Rivet.

14. Il existe d'autres portes d'entrée, comme les centres jeunesse et la santé publique, pour des situations précises.

15. L'urgence est une porte d'entrée réservée aux cas graves qui requièrent une intervention immédiate.

16. Les services généraux recoupent la notion de services courants utilisée dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux, art. 80. L.R.Q., c. S-42.

Les services spécifiques

Au sein des services spécifiques, les **activités de promotion et de prévention** sont des interventions qui s'adressent à des clientèles particulières.

À l'intérieur des services spécifiques, les **activités cliniques et d'aide** servent principalement à soutenir les personnes qui vivent dans leur communauté et qui, la plupart du temps, doivent recevoir à moyen ou à long terme, de façon continue et souvent intensive, des services qui leur sont propres. Ces services répondent à des besoins souvent complexes, interreliés et concomitants.

Services offerts en première ligne (sauf l'urgence)

Services généraux		Services spécifiques	
Activités de promotion, et de prévention	Activités cliniques et d'aide	Activités de promotion et de prévention	Activités cliniques et d'aide
Interventions de santé publique selon une approche populationnelle .	Activités qui répondent aux besoins individuels des personnes présentant des problèmes ponctuels et aigus.	Interventions de santé publique qui visent des problématiques particulières .	Activités qui répondent aux besoins individuels des personnes qui vivent dans leur communauté et qui doivent recevoir à moyen ou à long terme des services qui leur sont propres.
<i>Ex. : Vaccination</i>	<i>Ex. : Intervention psychosociale</i>	<i>Ex. : Soutien aux familles vivant dans l'extrême pauvreté</i>	<i>Ex. : Soutien à une personne en perte d'autonomie</i>
Destinés à toute la population		Destinés à des problématiques particulières	

 : Activités comprises dans le programme Santé publique.

 : Contour du programme Services généraux – activités cliniques et d'aide.
Ce programme comprend les services généraux autres que les activités de promotion-prévention.

 : Services spécifiques qui font partie des programmes répondant à des problématiques particulières : Jeunes en difficulté, Santé mentale, Déficience intellectuelle, Déficience physique, Dépendances et Perte d'autonomie liée au vieillissement et Santé physique.

Le tableau ci-dessus montre que les services de première ligne comprennent des services généraux et des services spécifiques. La distinction entre les services généraux et les services spécifiques repose, en grande partie, sur la nature des besoins auxquels ils répondent et sur la durée de ces services.

- Les services généraux répondent aux besoins de l'ensemble de la population, tandis que les services spécifiques répondent aux besoins des personnes aux prises avec des problématiques particulières.
- Les services généraux sont ponctuels et aigus alors que les services spécifiques sont des services de longue durée. Cette distinction s'applique pour les activités cliniques et d'aide.

Les services généraux et les services spécifiques peuvent parfois être les mêmes (ex. : soins infirmiers). On dira de ces services qu'ils sont généraux lorsqu'ils s'adressent à l'ensemble de la population et qu'ils sont spécifiques quand ils répondent à des problématiques particulières.

Toutes les **activités de promotion et de prévention**, qu'elles s'adressent à l'ensemble de la population (services généraux) ou à des clientèles vulnérables (services spécifiques), sont comprises dans le programme Santé publique

Les **services généraux – activités cliniques et d'aide** composent à eux seuls le programme Services généraux – activités cliniques et d'aide. Ces services s'adressent à toute la population.

Les **services spécifiques – activités cliniques et d'aide** appartiennent à chacun des programmes-services destinés à des problématiques particulières : perte d'autonomie liée au vieillissement, déficience physique, déficience intellectuelle et TED, jeunes en difficulté, dépendances, santé physique et santé mentale.

Programmes-services répondant à des problématiques particulières						
Perte d'autonomie liée au vieillissement	Déficience physique	Déficience intellectuelle et TED	Jeunes en difficulté	Dépendances	Santé mentale	Santé physique
	Services spécifiques de première ligne				¹⁷	
	Services de deuxième ligne et de troisième ligne				¹⁸	

17. Les activités de surveillance, de promotion, de prévention et de protection demeurent dans le programme Santé publique.

18. *Ibid.*