

CHAPITRE I

L'INTRODUCTION

1.1 LE CADRE DE LA RECHERCHE

La présente étude s'inscrit dans le cadre de la maîtrise en gestion des petites et moyennes organisations de l'Université du Québec à Chicoutimi extensionnée à l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue. Ce mémoire de recherche fait suite à deux années de scolarité à temps partiel et complète le programme en traitant d'une intervention dans un milieu organisationnel.

L'auteur de l'étude poursuit un double objectif par cette recherche-intervention. D'abord, satisfaire les exigences académiques de la maîtrise et ensuite, concevoir un système d'allocation de ressources pertinent à la problématique et ce, pour le compte de sa propre organisation.

En effet, le chercheur est directement impliqué dans le processus de par sa fonction d'adjoint administratif à la direction concernée et de par ses tâches de secrétaire de la commission administrative responsable pour recommander au conseil d'administration les modalités de répartition des budgets affectés aux actifs immobilisés destinés aux établissements de la région.

1.2 LE MILIEU ORGANISATIONNEL

1.2.1 L'organisation et ses structures

L'organisation visée par cette recherche est le Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (CRSSSAT). C'est un organisme parapublic, institué par décret le 20 décembre 1972, conformément aux dispositions de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. À ce titre, il assume l'ensemble des fonctions et mandats confiés aux CRSSS par cette loi et régit l'application des règlements qui en découlent.

La mission du Conseil régional est de voir au maintien et à l'amélioration de la santé globale de la population de son territoire en lui assurant, compte tenu de l'organisation et des ressources des établissements qui les dispensent, des services sociaux et de santé accessibles, continus, efficaces et adaptés à ses besoins.

En Abitibi-Témiscamingue, le réseau est composé de vingt-sept établissements, soit sept centres hospitaliers, quatre centres de santé, quatre centres locaux de services communautaires, un centre de services sociaux comprenant six bureaux locaux, quatre centres de réadaptation et neuf centres d'accueil et d'hébergement dont deux affiliés à des centres hospitaliers.

Les fonctions du CRSSSAT sont exercées par un conseil d'administration de quinze membres élus ou nommés selon les dispositions de la loi. Ce conseil est responsable de l'ensemble des activités de l'organisation et de toutes les décisions qui relèvent de sa juridiction en matière de planification, de programmation, de coordination et de gestion des services sociaux et des services de santé sur son territoire.

En plus du comité de vérification et du comité administratif qui en sont issus, le conseil d'administration s'appuie (annexe 1), pour exercer ses fonctions, sur quatre commissions administratives et sur cinq directions en sus de la direction générale. La structure hiérarchique est complétée par des mécanismes horizontaux de coordination tels que les comités de travail interdirections et un comité de gestion.

1.2.2 Les entités concernées

La direction concernée directement par les zones problématiques de cette recherche est celle qui assure la liaison avec le réseau. Les fonctions principales de celle-ci sont de coordonner et de contrôler les activités relatives à la planification et au développement des ressources allouées aux établissements, à l'implantation des plans régionaux de services et à la liaison courante avec les établissements ainsi qu'avec le Ministère.

Les attributions spécifiques en relation avec l'objet de l'étude sont notamment d'assumer la gestion administrative des fonds concernés ainsi que d'assurer la coordination et le fonctionnement de la commission administrative responsable de recommander la répartition des enveloppes budgétaires affectées aux actifs immobilisés.

Quant à la commission administrative concernée, c'est la Commission des immobilisations, des équipements et des locations d'espaces qui a été constituée le 28 octobre 1987 par un règlement du CRSSSAT (annexe 2). Sa fonction principale est d'étudier et de recommander au conseil d'administration l'autorisation et le financement des projets présentés par les établissements de la région.

Dans ce rôle, la Commission est tributaire des lois et des règlements du ministère de la Santé et des Services sociaux, plus spécifiquement, de l'article 72 de la loi (L.R.Q., 1977, c. S-5) qui délègue certaines responsabilités aux conseils régionaux; du règlement no 11 sur la construction d'immeubles, incluant les aménagements et les rénovations; du règlement n° 12 concernant les locations d'immeubles ainsi que de l'article 38 du règlement sur la gestion financière des établissements.

Les membres de la commission administrative, au nombre de six, sont majoritairement des directeurs généraux nommés par catégorie d'établissements et

de ce fait, récipiendaires des budgets alloués. Siègent également à la Commission, un membre du conseil d'administration et un représentant de la permanence de l'organisation qui est, d'office, désigné secrétaire de la Commission.

1.2.3 Les attentes de l'organisation

Les membres de l'organisation, surtout ceux de la Commission, sont bien conscients qu'ils doivent se donner des moyens davantage rigoureux pour atteindre, ou du moins, pour tenter de démontrer une plus grande transparence en matière de répartition des budgets, surtout lorsqu'ils devront justifier la rationalité de leurs décisions en regard de l'équité et besoins multiples.

Les membres sont également conscients que beaucoup de systèmes peuvent encadrer et baliser ce processus décisionnel, mais que dans ce contexte de rareté des ressources et d'évolution critique des besoins, ils doivent introduire certaines normes favorisant une meilleure planification et une plus grande rationalité. Cependant, ils espèrent que ces normes ne deviendront pas trop contraignantes pour eux, ou encore trop limitatives quant à leur pouvoir de décision.

Ce système devra traiter de la recevabilité et de l'évaluation des projets, même au niveau des techniques, et offrir des méthodes de priorisation des projets et de répartition logiques des budgets. Ils espèrent donc un système pouvant les

assister dans leurs fonctions, surtout en ce qui concerne la justification de leurs décisions face à leurs partenaires du réseau relativement au partage des budgets.

Conscient de cette situation, le directeur de la liaison-réseau signe, le 19 juin 1991, un protocole de recherche à cet effet avec l'auteur de ce mémoire qui est également secrétaire de la commission administrative concernée. Les membres de cette commission acceptent le projet le 7 octobre 1991 et ils offrent même leur entière collaboration pour l'élaboration pratique d'un tel système. Le nouveau directeur général du Conseil régional entérine le protocole le 31 octobre 1991.

1.3 LA DÉMARCHE DE LA RECHERCHE

Afin de réaliser ce mandat de recherche, nous avons retenu une démarche méthodologique orientée vers la recherche-intervention (Mayer, 1991, pp. 32-56) et adaptée pour tenir compte de la nature opérationnelle du problème (Nedzela, 1990, pp. 1-10), tout en étant influencée par la pensée des systèmes souples (Goyette, 1987, pp. 163-173) assurant ainsi une participation maximale des nombreux acteurs concernés.

Cette recherche-intervention s'inscrit dans un processus cyclique de validation surtout empirique, dont certaines phases sont plus près du pôle de la recherche alors que d'autres sont davantage orientées vers l'intervention directe

dans le milieu. Les principales phases de réalisation de la présente recherche sont les suivantes :

- 1) la première phase comprend une énonciation de la problématique qui consiste à situer le problème dans son contexte, à identifier des situations similaires, définir le problème, préciser les objectifs et à fixer les limites de l'étude;
- 2) la définition du cadre conceptuel comprend la phase qui constitue l'identification des notions et des modèles théoriques pertinents à la problématique. Cette phase distingue également les systèmes d'information de gestion ainsi que les méthodes et techniques généralement utilisées dans ce type de recherche;
- 3) la phase d'élaboration a pour but de fabriquer, en se basant sur le cadre conceptuel, le modèle pouvant contribuer à résoudre le problème. C'est également dans cette phase que la méthode et le processus d'élaboration sont discutés et expliqués;
- 4) la quatrième phase concerne la conception du support informatisé. Cette phase consiste à déterminer le type de système recherché et à configurer ses composantes en conformité avec le cadre conceptuel;

- 5) la cinquième phase requiert l'expérimentation du modèle en effectuant des simulations et à en apprécier les résultats. C'est la phase des correctifs, des analyses et de l'appréciation des résultats;
- 6) la phase d'opérationnalisation est la mise en oeuvre du système dans le milieu organisationnel. C'est l'étape d'acceptabilité des changements et d'actualisation du système;
- 7) la dernière phase amène la validation du modèle et du système de façon théorique et empirique : c'est la confrontation de l'aspect théorique et de l'aspect pratique et finalement la convenance de la solution en rapport avec la problématique et avec le cadre conceptuel.

CHAPITRE II
LA PROBLÉMATIQUE

CHAPITRE II

LA PROBLÉMATIQUE

2.1 LE CONTEXTE

2.1.1 L'environnement gouvernemental

L'évolution du Conseil régional s'inscrit dans un environnement administratif, législatif et socio-politique qui dépasse largement les frontières de l'organisation elle-même. En effet, elle est conséquente aux nombreuses lois, règlements et directives du ministère de la Santé et des Services sociaux qui, en amont, n'est qu'une composante d'une organisation encore plus imposante, le gouvernement du Québec.

Ce dernier a progressé rapidement depuis les années soixante alors que les gouvernements se sont retrouvés tout-à-coup au coeur du développement économique et qu'ils furent utilisés comme moteur principal de correction des inégalités sociales. Le Québec, comme tous les pays industrialisés et les autres provinces canadiennes, a donc vu l'État occuper une place de plus en plus importante au sein de l'économie et de la vie collective.

C'est cette expansion du rôle de l'État comme régulateur des activités socio-économiques qui a accru le pouvoir des politiciens en intensifiant les activités gouvernementales, en amenant la création de nouveaux programmes et en les forçant à légiférer davantage. Mais cette prolifération législative est devenue presque une législation déléguée (Bernard, 1987, pp. 34-37) par le fait que les fonctionnaires ont une emprise réelle et importante sur la réglementation.

Ce pouvoir bureaucratique (Trottier, 1987, pp. 15-18) s'est développé grâce à la montée des valeurs technocratiques dans la société et à la démocratisation des relations entre les élus et les citoyens qui imposent aux interventions de l'État des exigences de rationalité, de normalisation, de planification et de coordination. Ces exigences ont donné aux fonctionnaires une marge de manoeuvre, un champ d'action et d'intervention exceptionnels.

Le contrôle actuel des fonctionnaires sur la réglementation illustre parfaitement la théorie classique de la répartition des rôles entre le politique et l'administratif. Cette théorie (Bernard, 1987, pp. 122-127) accorde aux fonctionnaires la responsabilité de l'exécution des décisions prises par le politique et celle du choix des moyens à utiliser pour rencontrer les objectifs fixés par les élus.

Néanmoins, les difficultés qu'éprouvent les élus à contrôler la gestion administrative et le peu de gain politique immédiat qu'apporte la discussion des

problèmes de longue portée, laissent entrevoir que le champ d'action des fonctionnaires déborde déjà largement et débordera encore davantage des responsabilités qui leur sont normalement évouées dans une démocratie libérale.

Dans ce contexte, le Conseil régional de la santé et des services sociaux est fortement influencé par les éléments de son environnement. Encore plus important, il est partie intégrante de ce système étatique, car il doit partager le pouvoir avec les instances qui lui sont supérieures et souvent même subir les décisions qui en émanent. En conséquence, sa destinée de même que sa pérennité sont tributaires des politiques et des orientations gouvernementales.

En effet, au cours de l'exercice 1992-1993, les conseils régionaux se transformeront en régies régionales de par le projet de loi 120 (sanctionné le 4 septembre 1991). Ces régies verront alors leurs responsabilités accrues sensiblement, notamment au niveau de l'allocation et du contrôle des ressources. Heureusement que cette réforme n'affecte nullement la pertinence ou le déroulement de cette recherche, si ce n'est qu'en ce qui concerne le nom de l'organisation.

2.1.2 L'environnement régional

Le Conseil régional est également influencé par son environnement régional et même plus fortement par son entourage immédiat, du moins en ce qui

concerne l'objet de cette étude. En effet, plusieurs directeurs généraux ou cadres des établissements de son territoire siègent, comme membres intéressés, sur ses commissions administratives de même que sur son conseil d'administration. Ceux-ci deviennent, en quelque sorte, tantôt clients, tantôt administrateurs de l'organisation.

Ces membres, la plupart du temps des directeurs généraux d'établissement, sont également influencés et subissent les pressions de leur entourage. D'abord, ils sont des représentants de catégories d'établissements et à ce titre, ils doivent rendre compte à ces derniers par l'entremise des associations régionales d'établissements ou encore, ils proviennent des tables sous-régionales de concertation sur lesquelles siègent les autres directeurs généraux.

De plus, ils doivent tenir compte de leur propre conseil d'administration sur lequel siègent du personnel de l'établissement, représentants des groupes d'employés et des groupes de professionnels. S'ajoutent à ce contexte, les comités internes de gestion et de coordination, où l'on retrouve les cadres supérieurs, les chefs de départements ainsi que des représentants de diverses associations tels le corps médical et les syndicats.

Chacun de ces groupes possède des intérêts particuliers et parfois divergents. Le plus important semble celui des médecins du milieu hospitalier qui exigent, eux, au nom des malades. Comment peuvent-ils exercer dans un immeuble

désuet? Comment peuvent-ils dispenser des soins de qualité avec des équipements défectueux ou encore, sans équipement de haute technologie ou d'un niveau supérieur de modernisme?

Nous retrouvons également, sur ces conseils d'administration, des représentants de la population qui sont aussi bénéficiaires des services de l'établissement. Les uns vont revendiquer pour les impacts économiques sur leur milieu, les autres pour le prestige de leur établissement et finalement, certains sont pour l'amélioration de la qualité des soins ou services.

À un autre niveau, nous retrouvons les fondations privées qui investissent surtout dans les équipements de pointe, dans des équipements de développement ou encore dans les agrandissements d'immeuble. Ces pratiques ont souvent pour but la rétention ou le recrutement de médecins. De plus, il est toujours plus intéressant de solliciter des dons pour des biens tangibles durables que pour des services dont les effets sont souvent noyés dans le système.

Ces dons produisent presque toujours des impacts sur le budget de fonctionnement de l'établissement et souvent même sur les enveloppes d'équipements et d'immobilisations. La contribution de la fondation est parfois partielle ou nécessite alors l'acquisition d'appareils en périphérie. Il devient alors difficile de

refuser de prioriser ou de financer ces coûts excédentaires alors que la population a fourni des sommes parfois très importantes.

En somme, ces éléments de l'environnement influencent le Conseil régional et surtout la commission administrative concernée dû au fait que trois directeurs généraux et un cadre supérieur d'établissement y siègent actuellement. La nouvelle loi (ch. 42, art. 397-421) détermine la représentativité au conseil d'administration des régies en limitant à huit sur vingt-trois les membres élus par les établissements. Que feront maintenant les régies par rapport aux commissions administratives?

2.2 LE FINANCEMENT

2.2.1 Le processus budgétaire

En régime de démocratie parlementaire, il appartient à l'Assemblée souveraine de déterminer annuellement et par législation les fins auxquelles les recettes doivent être affectées. Pour ce faire, l'Assemblée confie au gouvernement la responsabilité de préparer les prévisions budgétaires qui doivent lui être soumises pour approbation.

Mais les élus éprouvent de la difficulté à harmoniser la dimension budgétaire au processus décisionnel. Cette difficulté (Bernard, 1987, p. 80) provient

du fait que les pressions politiques de la population sont beaucoup plus grandes pour dépenser que celles qui limiteraient les dépenses publiques. Alors, l'Assemblée nationale s'est dotée d'un moyen pour mieux contrôler les finances publiques : le Conseil du trésor.

Le Conseil du trésor se voit investi de responsabilités et de pouvoirs par la Loi (L.R.Q. chap. A-6, 1989) sur l'administration financière. Même si formellement, le Conseil du trésor est une structure gouvernementale semblable à celle d'un ministère, il se situe de fait (Bernard, 1987, p. 82) à la frontière du politique et de l'administratif : d'une part, il collabore avec le ministre des finances à l'assainissement des finances publiques et d'autre part, il se trouve responsable de l'évolution générale des dépenses gouvernementales.

En premier lieu, le Conseil du trésor (C.T., 1986, pp. 5-8) fait approuver les paramètres par le gouvernement. Cette étape conduit à déterminer les programmes qui seront indexés, ceux qui feront l'objet d'une évaluation, les objectifs de réduction et les modalités pour dégager une marge de manoeuvre donnée. Une fois muni des autorisations nécessaires, il procède auprès des ministères en leur transmettant un budget préliminaire ainsi que les objectifs de réduction de dépenses.

Sur réception des documents du Conseil du trésor, le Ministère valide les calculs et y ajoute ses propres demandes d'ajustement résultant de ses propres

calculs, d'hypothèses et de paramètres parfois différents ou plus récents. Les deux approches sont alors comparées, discutées, appréciées, réévaluées et aboutissent à une décision finale réservée au Conseil du trésor. Cette décision se traduit par une enveloppe finale de crédits pour tous les ministères incluant le ministère de la Santé et des Services sociaux qui accapare plus de 30 % du budget provincial.

Le processus budgétaire du Ministère, en ce qui concerne le maintien des actifs immobilisés, se base principalement sur des critères historiques, sans égard aux nouveaux objectifs, perpétuant ainsi les disparités. En ce qui concerne les enveloppes de développement, le processus est fortement influencé par le fait qu'il est à la merci de nombreux jeux d'influence à tous les niveaux, en égard à la diversité des acteurs, de leurs valeurs et de leurs pouvoirs :

«Dans ces jeux politiques, les centres hospitaliers se trouvent avantagés de nombreuses façons : par la force des enjeux économiques qu'ils symbolisent; par le pouvoir professionnel qu'ils récupèrent à leur avantage; par leur force de représentation aux tribunes régionales ainsi que par l'essence politique des problèmes auxquels ils font face et dont ils savent tirer parti dans sa quête de ressources.

Le processus budgétaire est devenu, peu à peu, une fin en soi en dépit d'efforts positifs et d'initiatives remarquables et d'un souci de la part de certains acteurs d'allouer des ressources de façon plus équitable.

L'enjeu de ce processus est qu'il puisse redevenir un moyen ajusté à un système doté de finalité. Toute réforme du processus d'allocation budgétaire, dans le sens souhaité, devra cependant tenir compte de

la réalité politique inhérente au système des services de santé et services sociaux.» (Rochon, 1988, p. 383)

Malgré les faiblesses du système, le processus budgétaire du gouvernement permet quand même d'assurer un contrôle relativement sévère des dépenses publiques et ce, grâce à l'omniprésence du Conseil du trésor. De plus et de façon macroscopique, le mode de financement basé sur la fiscalisation permet (Lavoie-Roux, 1989, p. 118) de maintenir un équilibre entre les demandes de services et le financement et ce, de par les choix posés par l'Assemblée nationale.

2.2.2 Le financement des actifs

Au Québec, comme dans les autres provinces du Canada, le financement des actifs immobilisés a toujours été dissocié du financement des dépenses courantes d'exploitation. Cette séparation trouve sa justification (Contandriopoulos, 1987, pp. 52-53) dans le caractère stratégique des dépenses d'immobilisation qu'il est difficile de laisser à l'initiative de chaque établissement, en l'absence de politique de développement et de mécanismes de contrôle permettant d'harmoniser les décisions de différents établissements tant au niveau provincial qu'au niveau régional.

Même si les dépenses de capital ne représentent qu'une faible part (3.9% - Rochon 1988, p. 379) des dépenses totales du système, ce chiffre sous-estime

cependant l'importance considérable des décisions relatives à ce type de dépenses à la fois au chapitre des coûts de fonctionnement récurrents et à celui de la structure globale du système de la santé et des services sociaux.

Il est donc évident que le degré de développement d'un établissement et son volume d'activités sont largement influencés par les investissements en immobilisations. L'État a donc tenté de maintenir cette séparation au cours des années en affectant les ressources de fonctionnement d'une façon différente de celle des investissements en capital afin de lui permettre d'en mieux maîtriser les coûts.

Par ailleurs, l'Ordre des comptables agréés du Québec (1988, pp. 9-10) mentionne que la méthode de comptabilisation des actifs, dans le secteur public, est la plus souvent déterminée par le mode de financement. Or, il n'existe pas de critères précis et uniformes de capitalisation.

Certains actifs peuvent donc être capitalisés indépendamment de leur coût ou de leur durée de vie utile. En somme, la décision de capitaliser un actif ou d'inclure son coût dans les dépenses de fonctionnement est largement dépendante des disponibilités budgétaires.

L'évolution des politiques de financement des actifs immobilisés au Québec peut, depuis 1961, (Rochon, 1988, p. 379) se résumer comme suit :

- De 1961 à 1976, c'est le Ministère qui a la responsabilité d'autoriser le financement des dépenses en immobilisations. Le financement se faisait alors par des subventions directes aux établissements et par l'émission d'obligations garanties par le gouvernement et gérées par le service de la dette. À partir de 1974, la Corporation d'hébergement du Québec est constituée et elle reçoit pour mandat d'assurer le financement pour le compte du Ministère.
- De 1976 à 1985, le financement est partiellement décentralisé. Ce sont les conseils régionaux qui en sont responsables pour tous les projets inférieurs à un million pour le secteur de la santé et de moins de 250 000 \$ dans le cas des établissements sociaux. Les projets supérieurs à ces limites demeurent sous la responsabilité de la Corporation d'hébergement.
- Dans le secteur de la santé, ce sont les revenus générés par la location des chambres privées et semi-privées qui servaient à financer les actifs. On assiste cependant, durant cette période, à une certaine perte de pouvoir dans les conseils régionaux par le fait que le Ministère reçoit une proportion de plus en plus importante de ces revenus.
- Depuis 1986, le Ministère est désormais responsable de l'allocation à chaque conseil régional des crédits nécessaires en fonction des besoins des régions.

Le financement s'effectue essentiellement par l'émission d'obligations qui vient consolider les emprunts temporaires effectués par les conseils régionaux et assumés par le MSSS.

TABLEAU 1 : RÉPARTITION PROVINCIALE DES ENVELOPPES EN ÉQUIPEMENT ET EN IMMOBILISATION POUR LES ÉTABLISSEMENTS DU SECTEUR DES SERVICES DE SANTÉ

CONSEIL RÉGIONAL	1990-1991 TOTAL	1991-1992 ÉQUIPE- MENT	1991-1992 IMMOBILI- SATION	1991-1992 TOTAL	% AUGM.
Bas St-Laurent & Gaspésie	1 812 600 \$	912 200 \$	1 606 400 \$	2 518 600 \$	38,9
Saguenay & Lac St-Jean	1 892 500	779 100	1 567 400	2 346 500	24,0
Québec	8 072 300	3 091 000	6 232 800	9 323 800	15,5
Trois-Rivières	3 916 100	1 122 400	2 893 700	4 016 100	2,6
Estrie	2 106 500	929 500	1 626 300	2 555 800	21,3
Montréal-Métropolitain	22 809 500	6 670 600	17 000 300	23 670 900	3,8
Lanaudières & Laurentides	2 313 700	927 000	1 734 200	2 661 200	15,0
Montérégie	4 785 400	1 319 500	3 565 900	4 885 400	2,1
Outaouais	1 159 600	403 500	1 043 500	1 447 000	24,8
Abitibi-Témiscamingue	590 000	470 800	448 100	918 900	55,7
Côte-Nord	442 200	174 400	481 400	655 800	48,3
TOTAL DES BUDGETS DÉCENTRALISÉS	49 900 400 \$	16 800 000 \$	38 200 000 \$	55 000 000 \$	10,2

Source : Direction des équipements et des services, MSSS, 1991-06-28

En 1991-1992, le ministère de la Santé et des Services sociaux accorde aux régions, dans le cadre des mandats décentralisés, 55 millions pour le secteur des services de santé (tableau 1) par rapport aux 49.9 millions en 1990-1991, ce qui représente une augmentation de 10.2 %. En ce qui concerne le secteur des services sociaux (tableau 2) le budget alloué en 1991-1992 est de 29.5 millions

comparativement à 28.7 millions pour l'année précédente, ce qui représente une augmentation de 2.8 %.

TABLEAU 2 : RÉPARTITION PROVINCIALE DES ENVELOPPES EN ÉQUIPEMENT ET EN IMMOBILISATION POUR LES ÉTABLISSEMENTS DU SECTEUR DES SERVICES SOCIAUX

CONSEIL RÉGIONAL	1990-1991 TOTAL	1991-1992 ÉQUIPE- MENT	1991-1992 IMMOBILI- SATION	1991-1992 TOTAL	% AUGM.
Bas St-Laurent & Gaspésie	1 709 900 \$	642 000 \$	1 110 800 \$	1 752 800 \$	2,5
Saguenay & Lac St-Jean	1 141 900	502 800	704 800	1 207 600	5,8
Québec	5 109 000	2 143 000	3 153 300	5 296 300	3,7
Trois-Rivières	2 016 500	700 300	1 347 500	2 047 800	1,6
Estrie	1 162 800	472 200	730 600	1 202 800	3,4
Montréal-Métropolitain	8 073 400	3 553 000	4 635 000	8 188 000	1,4
Lanaudières & Laurentides	1 804 200	771 400	1 055 700	1 827 100	1,3
Montérégie	3 243 300	1 489 800	1 903 000	3 392 800	4,6
Outaouais	1 016 200	410 900	658 000	1 068 900	5,2
Abitibi-Témiscamingue	898 700	439 300	492 500	931 800	3,7
Côte-Nord	854 100	395 300	458 800	854 100	0,0
Péréquation-réserve	1 670 000	1 280 000	450 000	1 730 000	3,6
TOTAL DES BUDGETS DÉCENTRALISÉS	28 700 000 \$	12 800 000 \$	16 700 000 \$	29 500 000 \$	2,8

Source : Direction des équipements et des services, MSSS, 1991-04-30

2.3 LES MODES D'ALLOCATION

En 1986, la politique de financement des immobilisations est modifiée, mais le Ministère conserve la même approche pour la répartition interrégionale de

ces enveloppes. La base d'allocation représente donc, pour les budgets de maintien des actifs du secteur santé, les sommes des revenus perçus en 1984-1985 pour la location des chambres privées et semi-privées.

En ce qui concerne les enveloppes décentralisées du secteur social, les critères utilisés au niveau provincial se basent sur la valeur aux livres des équipements et sur la superficie des bâtiments. Depuis, aucun changement n'est intervenu dans ces modes ou critères d'allocation jusqu'à tout récemment et ce, dans le secteur des services de santé seulement.

En effet, suite à de nombreuses représentations des associations concernées, le Ministère adopte, en 1991-1992, un nouveau mode d'allocation pour les enveloppes du secteur santé. Cette méthode, proposée par la Conférence des conseils régionaux (Moss, 1991), est basée sur la valeur de remplacement théorique des actifs immobilisés.

Ce changement au niveau de la méthode cause cependant quelques problèmes tels que le niveau des budgets précédents par rapport à la nouvelle répartition, ainsi que la division entre les équipements et les immobilisations. Pour régulariser la situation, le Ministère ajoute cinq millions à la masse budgétaire des régions, ce qui explique l'augmentation de 10.2 % figurant au tableau 1. Espérons maintenant que les budgets du social connaîtront une évolution similaire.

Dès la confirmation des enveloppes, les conseils régionaux ont alors la responsabilité d'en répartir le contenu aux établissements de leur territoire. Le mode et les procédures d'allocation peuvent être propres à chaque région mais en étant, d'une façon générale, conformes aux orientations ministérielles et à la réglementation.

Afin d'assumer ce mandat, les conseil régionaux ont, par conséquent, adopté individuellement un mode d'allocation budgétaire. Certains ont utilisé le même système que le Ministère; d'autres ont choisi des techniques ou méthodes parfois assez différentes. La majorité cependant demande aux établissements de présenter des projets qui sont ensuite analysés et priorisés selon des critères spécifiques.

Certains ont développé des systèmes particuliers, entre autres le Conseil régional de Trois-Rivières qui inscrit les projets dans un plan triennal selon des limites. Les centres hospitaliers peuvent y présenter des demandes dont la valeur maximale correspond à 15 % du budget de fonctionnement alors que la limite pour les établissements du secteur social est fixée à 5 % de la valeur standardisée de remplacement de leurs immobilisations.

Essentiellement, cette méthode (CRSSS-04, 1991, p. 17) consiste en une double pondération du projet, soit par les priorités régionales décroissantes ou par

la disponibilité financière de l'enveloppe. Le résultat constitue le montant théorique d'un projet et la somme obtenue représente le budget accordé à l'établissement dans le plan triennal. Les projets sont ensuite réalisés suivant les priorités de l'établissement concerné.

Le Conseil régional de Québec inscrit également les projets du secteur des services sociaux (CRSSS-03, 1991, pp. 7-8) dans un plan triennal. Ces projets sont d'abord regroupés par nature et par désignation pour être ensuite subdivisés en seize types différents. Ces projets sont ensuite classés selon un pointage variant de 5 à 70, selon la priorisation régionale. Finalement, les projets sont acceptés suivant l'ordre de pointage et les disponibilités financières régionales.

En ce qui concerne le secteur de la santé, le mode d'allocation du Conseil régional de Québec est similaire à celui du Ministère, c'est-à-dire basé sur les revenus de location de chambres. Cependant, un projet de modification a été proposé en septembre 1991 pour adopter une nouvelle méthode basée sur la valeur de remplacement des actifs. Les projets seront alors considérés suivant les priorités régionales et financés à même les sommes attribuées par la méthode qui constitue, en somme, l'assiette budgétaire de l'établissement.

Au Conseil régional de Montréal métropolitain, les projets sont inscrits dans un plan triennal suivant une politique de financement pluriannuel. La méthode

d'allocation est assez complexe, basée sur un classement multiple tels la catégorie de projet, le type et le secteur du projet, la priorité de l'établissement et sa catégorie. La priorisation régionale est ensuite établie suivant une appréciation (CRSSS-6B, 1991, p. 44) qualitative des besoins relatifs des établissements et de les disponibilités financières de la région.

Dans sa quête d'amélioration, le CRSSS de Montréal a effectué une étude (Berlinguet, 1990, pp. 2-35) concernant certaines expériences étrangères en matière d'allocation des ressources. Sommairement, le rapport mentionne que les immobilisations sont incluses dans les budgets de fonctionnement en Finlande et aux États-Unis, alors qu'en Angleterre le gouvernement s'apprête à exclure des budgets courants, les dépenses de capital.

En somme, ces modèles étrangers ne sont pas pertinents au mode d'allocation des budgets québécois, du moins au niveau des immobilisations. En ce qui concerne les méthodes décrites précédemment, peu sont transposables intégralement dans une région comme l'Abitibi-Témiscamingue en raison surtout de la petitesse de l'enveloppe.

Cependant, certains éléments ou composantes de ces systèmes pourraient être fort intéressants, surtout la notion du plan triennal et le principe de remplacement théorique des actifs.

2.4 LE PROBLÈME RÉGIONAL

La délégation de responsabilités du Ministère vers les régions n'est pas un phénomène complètement nouveau. En effet, la décentralisation administrative dans la gestion des fonds affectés aux actifs immobilisés a été amorcée partiellement en 1976. Ensuite, et depuis 1986, les conseils régionaux reçoivent, sous forme d'enveloppes budgétaires, des crédits leur permettant d'assurer le financement des projets sous leur juridiction.

Cependant, les systèmes qui ont été mis en place au cours des années pour gérer ce partage des responsabilités comportent des faiblesses majeures. Au niveau provincial, par exemple, l'allocation des ressources du secteur social est basée sur la valeur aux livres des équipements et sur la superficie des bâtiments. Cette méthode ne fait qu'enrichir les régions déjà bien pourvues sans tenir compte des besoins réels des établissements qui les composent.

En ce qui concerne le secteur des services de santé, les critères retenus de 1986 à 1991 se basaient sur les revenus perçus pour l'occupation de chambres privées et semi-privées. Par quel hasard ces revenus devraient-ils correspondre aux besoins en renouvellement d'actifs immobiliers des centres hospitaliers? Existe-t-il une relation entre ces revenus et les sommes nécessaires pour maintenir en état le réseau hospitalier?

Au niveau régional, le processus n'est guère plus valable. Souvent, faute de méthodes ou d'indicateurs pertinents, les décideurs utilisaient la même base de répartition que celle du Ministère. Certaines enveloppes étaient allouées sur présentation de projets et on se prononçait sur l'acceptation ou le refus de ceux-ci, en priorisant chaque projet par rapport à l'ensemble et selon les disponibilités financières.

Pour prioriser les projets du secteur social, les décideurs ne disposaient d'aucun critère déterminé : ils se basaient simplement sur la justification fournie par l'établissement, sur leur connaissance du problème comparée à leur propre situation, parfois même sur des représentations de professionnels ou des directeurs généraux concernés. En 1989-1990, certains critères de vétusté des immeubles ont été introduits, mais compte tenu que l'étude avait été effectuée par un stagiaire en architecture, le poids relatif de ces critères a été très faible.

Quelques membres de la commission administrative concernée furent remplacés à la fin de l'exercice 1989-1990, ce qui bouleversa quelque peu le processus d'allocation des budgets, surtout en ce qui concerne la composante des critères utilisés. Certains anciens membres revendiquaient davantage pour les centres de santé et les nouveaux membres affirmaient que ces derniers accaparaient plus que leur juste part au détriment des autres catégories d'établissements.

Suite à ce litige et à l'impossibilité de justifier la pertinence des critères retenus jusque là, les membres ont alors décidé d'utiliser la même base de répartition que celle du Ministère, soit la valeur aux livres. Or, il est évident que cette méthode ou ce critère unique ne fait qu'enrichir les établissements bien pourvus en équipements, sans tenir compte des besoins réels de l'ensemble des établissements concernés.

En ce qui concerne le secteur de la santé, l'allocation des budgets se fait sous forme de péréquation, à l'exception des sommes réservées (20 % de l'enveloppe) pour les projets urgents ou priorités. Le critère de répartition était alors le même que celui du Ministère, soit les revenus perçus en 1984-1985 pour l'occupation des chambres privées et semi-privées. Pourquoi le Ministère et les conseils régionaux ont-ils maintenu ce critère unique, surtout que le financement des dépenses de capital est assuré par le service de la dette depuis 1986?

En 1990-1991, la commission administrative en cause recommande au Conseil régional des modifications importantes relatives à l'allocation des budgets du secteur des services de santé et du budget des équipements du secteur social. En effet, la notion d'indicateur pertinent et de poids relatif sont introduits et adoptés pour la répartition de la péréquation dont les détails sont énumérés à la page suivante.

Actifs immobilisés du secteur santé :

- le nombre de lits au permis	.20
- la valeur aux livres des équipements	.20
- la valeur de remplacement des équipements	.20
- la superficie des bâtiments	.20
- le budget de fonctionnement	.20

Équipements du secteur des services sociaux :

- le nombre de lits ou de places au permis	.15
- la valeur aux livres des équipements	.60
- la superficie des bâtiments	.15
- le budget de fonctionnement	.10

La commission administrative recommande également en 1990-1991 certains critères de priorisation pour allouer les budgets d'immobilisation du secteur social tels que la sécurité, la vétusté, l'impact sur la qualité de vie des bénéficiaires, l'effet sur l'organisation du travail et l'innovation. Les projets sont alors priorisés selon leur pertinence aux critères et leur rétention est dépendante de leur qualification à l'un ou plusieurs de ces critères.

À l'automne 1991, l'enveloppe du secteur santé est réévaluée à la hausse de façon considérable (55.7 %) et le Conseil régional décide d'allouer ce supplément

budgétaire sous forme de projet. Pour ce faire, la commission administrative recommande alors de retenir les mêmes critères que le secteur social en ajoutant un sixième critère, soit l'arrivée et la rétention de médecins. Le processus de priorisation est le même qu'au social sauf que les critères sont maintenant quantifiés :

- la sécurité incendie et de la personne .25
- la vétusté des immeubles .25
- l'impact sur la vie des bénéficiaires .15
- l'effet sur l'organisation du travail .10
- l'innovation .05
- l'arrivée et la rétention de médecins .20

Ces critères, d'ordre plutôt qualitatif, ont été introduits afin d'assurer une meilleure sélection des projets devant être financés. Malgré que cette approche permette une uniformité dans l'acceptation des projets, il n'en demeure pas moins que les décideurs sont incertains devant la justification à fournir en regard des projets rejetés et surtout en ce qui concerne les établissements qui revendiquent pour des projets dont l'objet est fortement déficient et dont la situation pourrait être considérée assez urgente.

De plus, les indicateurs qui ont été introduits en 1990-1991 pour déterminer la péréquation sont surtout de type ressource : ils n'ont pas encore été

validés quant à leur pertinence et à leur spécificité et encore plus important, quant aux résultats en regard des objectifs régionaux. Cette façon de procéder ne tient également pas compte de la situation souvent précaire des établissements de petite taille ou encore, de ceux qui sont moins bien pourvus en ressources.

En somme, le Conseil régional n'a pas su se doter d'une démarche ou d'une méthode acceptable d'allocation de ressources pouvant lui permettre d'atteindre ses objectifs relatifs aux actifs immobilisés, objectifs visant à favoriser la planification, à moyen et à long terme; la réalisation et le financement des besoins des établissements ainsi que la répartition équitable des sommes disponibles selon les besoins relatifs de services de la population de l'Abitibi-Témiscamingue.

2.5 LES OBJECTIFS ET LIMITES DE L'ÉTUDE

Considérant la problématique précédemment énoncée, et compte tenu que les problèmes relatifs à l'allocation des budgets d'équipement ont été solutionnés au cours de la recherche par l'adoption de la méthode de valeur de remplacement des équipements (Moss, 1991), la suite de l'étude sera donc circonscrite à l'allocation des budgets d'immobilisations, dont le mandat est décentralisé par l'article 38 (L.R.Q., 1977, c. S-5) du règlement sur la gestion financière des établissements.

Par ailleurs et dans le même sens, tous les projets pour lesquels le pouvoir décisionnel n'est pas accordé au Conseil régional seront exclus de l'étude. Ces types de projets sont généralement ceux de développement ou dont la gestion est centralisée, ceux accordés pour des fins spécifiques telles les installations pour la gestion des déchets biomédicaux ou encore, les projets autorisés dans le cadre des plans d'accélération des investissements.

En conséquence, l'objectif spécifique et ultime de cette recherche est de doter le Conseil régional d'un système d'aide à la décision capable d'assister les commissaires et les gestionnaires impliqués dans le processus d'allocation des budgets d'immobilisations du secteur santé ainsi que du secteur des services sociaux et ce, dans le but de tendre au maximum vers les objectifs, vers les résultats.

Le système recherché devra donc permettre d'inventorier les données pertinentes aux projets d'immobilisations, d'effectuer le traitement informatisé des données, de simuler des répartitions, et d'en analyser les résultats, et de prioriser les projets, d'allouer les sommes correspondantes et ce, afin d'améliorer le processus d'allocation des budgets destinés aux établissements de la région.

Il est bien évident qu'un tel système ne devra pas se substituer aux décideurs ou à leur prise de décision. Il devrait plutôt permettre d'élaborer des

scénarios ou des simulations en indiquant bien leurs significations, avantages et limites. Il serait alors important, dans le processus de conception, de recourir à des approches ou méthodes orientées vers la recherche de consensus et ce, pour fins de validation, d'acceptabilité et d'actualisation.