

Fiche 62 : Faire des compressions budgétaires

Un dossier difficile à suivre pour le milieu communautaire, mais pour lequel il faut tout de même acquérir certaines notions!

Les compressions budgétaires constituent une stratégie majeure et utilisée de façon constante pour faire face à l'éclosion débordante des coûts de santé.

- Cette stratégie fut utilisée **très tôt** par le gouvernement du Québec, au début dans l'optique du déficit 0, par la suite de façon constante pour limiter la croissance des dépenses du RSSS.
- Cette stratégie a touché **l'ensemble du RSSS et l'ensemble ses services**, avec un poids particulier pour la région de Montréal, considérée comme plus riche que les autres (10% supplémentaires pendant de très nombreuses années.)
- De façon assez rituelle depuis 2003, les **compressions** ont lieu les trois premières années d'un mandat gouvernemental et sont suivies d'un **relâchement et même d'injections** d'argent pour des secteurs spécifiques, lors de la quatrième année. Compte tenu de l'ampleur des défis en DI-TSA (montée en flèche des TSA, problèmes d'accès aux services, etc..), il y a eu quelques octrois spécifiques d'argent dans le secteur de la DI-TSA, en lien avec les plans d'action en DI-TSA et avec le plan d'accès aux services.
- Politique oblige, les compressions budgétaires ne sont pas **annoncées** clairement sauf si cela fait partie de la stratégie de communication du gouvernement pour expliquer ce qu'il fait pour délester les finances publiques ou pour amener la population à accepter les coupures. Par contre les annonces de financement sont toujours annoncées haut et fort, voire plusieurs fois sur différents angles.
- D'un point de vue strictement documentaire, il **est extrêmement difficile de connaître l'ampleur des compressions** parce que cela fait partie de la gestion interne des établissements. Pour les compressions, les annonces sont toujours globales pour le Québec et pour tous les services, si bien qu'il est difficile de savoir quelle répercussion cela a eu en DI-TSA seulement, et pour la région de Montréal spécifiquement. Une compression budgétaire n'est en général pas un retrait d'argent, mais une injection inférieure à l'augmentation annuelle des coûts de service.
- Pour les **injections d'argent**, il est aussi difficile de les documenter puisque les annonces concernent le Québec au complet, parfois pour un secteur ou une région précisément, parfois concernant uniquement la DI-TSA ou parfois toutes les personnes handicapées. Jusqu'en 2014 les octrois se faisaient par les agences de la santé et des services sociaux. Une fois l'argent arrivé du MSSS, il était possible de suivre grossièrement où partaient les nouveaux budgets ; Être présent lors des annonces du budget et aux assemblées publiques des agences constituait un des moyens de se documenter et d'avoir des détails plus fins sur la destination des budgets, mais n'était pas toujours suffisant.

- En tout état de cause, **cela ne permettait pas de documenter la différence entre ce qui avait été comprimé dans le budget des établissements et ce qui avait été réinjecté.**
- Finalement, il est presque impossible de collecter des données qui permettent de faire des comparables. Sans les agences par lesquelles on voyait transiter les données, et avec des établissements qui ont connu des fusions, il devient difficile de comparer les données.

Précautions préalables :

Pour comprendre l'impact des compressions budgétaires, on doit garder quelques notions en tête :

- Le budget est toujours annoncé en **dollars courants**. Une étude longitudinale du financement doit absolument tenir compte du fait que le dollar d'aujourd'hui n'a pas la même valeur que celui d'il y a 20 ans (dollar courant/ dollar constant).
- Depuis les années 90, où on a des données sur le nombre de personnes recevant des services et sur les listes d'attente, la population du Québec est passée de 6 547 207 habitants en 1981 à 8 452 000 hab en 2019. On devrait s'attendre à ce que les budgets croissent en conséquence. Compte tenu de la croissance démographique, cela équivaldrait grosso modo à 1% par an. On peut aussi examiner le budget per capita pour une meilleure compréhension.
- En 2003, le réseau des CRDI a **intégré une nouvelle clientèle, les personnes ayant un TED**, pour devenir les CRDITED. Comme on le sait, cette clientèle est en augmentation croissante et exige des services dispendieux dans les premières années de vie. Elle comporte des besoins spécifiques et souvent complexes pour lesquels les CRDITED n'étaient pas formés. À la suite de cette incorporation, les besoins en TSA ont explosé et les budgets n'ont pas suivi. Le tout a affamé ce réseau, incapable de répondre aux besoins des TSA et grugeant sur les financements en DI. Maintenant ces personnes avec TSA sont devenues des adultes avec des besoins en services non comblés.
- Quand on parle de compressions budgétaires, cela ne veut généralement pas dire que des budgets sont enlevés; cela signifie que l'augmentation sera réduite significativement. Dans la mesure où la croissance du budget est inférieure au coût de la vie et aux augmentations de salaire, ainsi qu'à l'augmentation de la clientèle (soit environ 5%), le RSSS doit comprimer ses dépenses, ce qui concrètement veut dire couper dans les services. Une augmentation du budget global ne signifie donc pas qu'il n'y a pas compression.
- Il y a une différence entre les compressions budgétaires annoncées et ce qui se pratique réellement. Pour parler de cette question, il est préférable de consulter les documents relatifs au budget du Québec pour l'année à venir ainsi que l'état réel des dépenses l'année suivante.
- Les compressions budgétaires ne s'exercent pas partout de la même façon, notamment si l'on regarde la croissance des injections en santé/ services sociaux qui sont destinées aux populations les plus vulnérables ; en dépit de ses besoins de rattrapage avec la désinstitutionnalisation, le secteur de la DI-TSA est toujours un parent pauvre.

- Si l'on connaît assez bien les budgets des CRDITSA avant leur fusion dans les CISSS, il n'en n'est pas de même de ceux du programme DI-TSA dans les CSSS puis dans les CISSS. Certes, le budget des CLSC-CSSS-CISSS a toujours été une infime portion du programme DI-TSA. Les dotations en personnel et le mélange de programmes pour créer certains services resteront toujours obscurs pour qui est des CISSS.

Quelques repères dans les principales compressions en SSS:

Compte tenu des remarques précédentes, on peut tout de même identifier des dates charnières de compressions budgétaires, nous permettant de comprendre l'évolution des budgets, notamment en santé services sociaux. (Les compressions concernent tous les établissements et non seulement la DI-TSA)

Date	Gouvernement	Compressions	Commentaires
1996-2001	Gouvernement de Lucien Bouchard	1,77 milliards \$ sur 3 ans (95-98) + économies de 690 millions à même le réseau, total : 2,45 milliards dont 980 millions dans les établissements, soit 17 000 employés de la fonction publique à la retraite + 158 millions (en 98-99). Suivront des réinvestissements à partir de 1998.	Cette vague de compressions est restée gravée dans les mémoires et le RSSS a mis longtemps à s'en remettre.
2001-2003	Gouvernement B. Landry		
2004-2009	Gouvernement de J. Charest (Ministre de la SSS : P. Couillard)	Deux années de compressions (2004 et 2005)	Dans le cadre de la modernisation de l'État. Affirmation et Concrétisation du néolibéralisme
2010-2013	Gouvernement de J. Charest (Y. Bolduc ministre de la SSSS)	Annoncé : 730 millions\$ sur 3 ans (2010-2013)	Avec encensement de la méthode Lean
2014-2017	Gouvernement de P. Couillard (ministre de la SSS, Barrette)	916 millions sur 3 ans (répartis en 219 +450+ 247 millions)	Annonce se cumulant avec la loi 10. Très mal reçu. Finit de détruire le RSSS.

Des développements budgétaires en SSS

Il serait inadéquat de ne traiter que des compressions budgétaires sans parler aussi des investissements, une donnée très difficile à suivre, d'autant plus qu'avant 2001, les établissements pouvaient faire des déficits qui étaient comblés par la suite à même le budget de l'État. Plutôt que de suivre les compressions et les injections, une bonne façon de faire est de **regarder rétrospectivement l'évolution du budget consacré à la SSS** en restant alerte sur la dévalorisation du dollar avec les années.

Des développements budgétaires spécifiques en DI-TSA

Dans cette même période, quelques développements budgétaires ont eu lieu en rapport avec des travaux en cours dans ce programme, ou suite à des pressions des groupes, ou en annonces électorales. Les données qui suivent sont pour tout le Québec en DI-TSA, pour tous les établissements, OC compris.

Année	Circonstance	Montant en \$ annoncés
88-89	Revendications du milieu	500 000\$ pour le SAF
00-01	Pour absorber la désinstitutionnalisation à Montréal, et suite à des revendications des OC	3 500 000 \$
02-03	Politique DI	2 000 000 \$ + 5 000 000 \$ non récurrents
03-04	Pol. TSA+ promesse électorale	5 000 000 \$ en DI pour assurer la récurrence précédente 18 000 000 \$ en TSA
04-05	Suite des promesses électorales	10 000 000 \$ en TSA
06-07	Injection pour tout le RSSS dans l'année qui a précédé les élections	68 000 000 \$ (pour tout le RSSS)
07-08	Plan d'accès première année	40 000 000 \$ (pour toutes les PH)
08-09	Plan d'accès 2 ^e année	35 000 000 \$ (pour toutes les PH)
09-10	Plan d'accès 3 ^e année	35 000 000 \$ (pour toutes les PH)
17-18	En vue des élections	30 000 000 \$ TSA