

Les statistiques officielles et les dépenses de programme gouvernementales du Québec : regard sur le nouveau modèle d'allocation des ressources en santé

Quynh-Van Tran

Direction de l'allocation des ressources, MSSS

INTRODUCTION

Plusieurs sociétés de l'Europe et de l'Asie vivent d'ores et déjà le phénomène du vieillissement de leur population et le Québec ne fait pas exception. La structure démographique québécoise s'est transformée au cours des dernières années. Ce changement aura plusieurs conséquences importantes, notamment sur le marché du travail, les régimes de retraite et les coûts générés dans le réseau de la santé et des services sociaux.

Historiquement, la budgétisation du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) était fondée sur le budget de l'année précédente, indexé selon les ajustements salariaux et les prévisions des hausses des dépenses autres que salariales. Cette méthode de budgétisation ne prend pas toujours en compte l'évolution des besoins de la population. Elle ne permet pas non plus de s'adapter à l'évolution des populations de chacune des régions, à la hausse comme à la baisse. De plus, cette méthode permet plus difficilement au MSSS d'atteindre les objectifs d'équité en matière d'accessibilité aux services.

Le MSSS est un ministère à réseau, c'est-à-dire qu'il confie des sommes importantes aux agences de la santé et des services sociaux afin que celles-ci soient en mesure de desservir l'ensemble de la population.

Au MSSS, les agences sont responsables, par l'intermédiaire des établissements de leur région, de l'offre de services dans leur territoire.

Le MSSS a mis en place, en 2004-2005, un nouveau mode d'allocation des ressources aux agences. Cette démarche repose sur une approche populationnelle qui intègre à la fois les besoins de la population et la mesure des services offerts

selon des programmes-services et des programmes-soutien. Elle vise à remplacer le mode historique d'allocation des ressources.

Le présent texte est un aperçu de ce nouveau modèle d'allocation des ressources, analysé en vertu des principaux indicateurs du modèle qui s'appuient sur une variété de statistiques indiquées de façon détaillée dans le tableau 1.

LE NOUVEAU MODÈLE

La structure de base

Le nouveau mode d'allocation des ressources en santé, implanté depuis le 1^{er} avril 2004, répartit une enveloppe globale entre les agences selon neuf programmes-services et deux programmes-soutien, comme le présente le tableau 2. À ces sommes s'ajoutent, d'une part, des allocations spéciales qui couvrent les coûts indirects de l'enseignement et de la recherche, la mission universitaire, les disparités régionales et, d'autre part, des coûts particuliers liés, par exemple, à l'acquisition de nouvelles technologies en santé physique. Cette enveloppe globale par région, estimée par le MSSS, est répartie par les agences entre les établissements.

La méthodologie

L'objectif consiste à partager une enveloppe disponible (crédits) par programme dans le but de réduire les inégalités issues de l'utilisation d'un mode historique. Or, les crédits ne sont pas répartis par programme. Afin de résoudre ce problème, le MSSS utilise le contour financier. Celui-ci sert de base à l'approche populationnelle dans le nouveau mode

d'allocation des ressources. Le contour financier est une estimation des dépenses de chacun des programmes à partir des déclarations enregistrées dans les rapports financiers annuels, et compilées par des établissements du réseau de la santé.

La méthode utilisée consiste d'abord à établir une dépense de référence d'une année *t*. Ensuite, une dépense attendue par programme est estimée selon une approche populationnelle pour chaque région sociosanitaire. On définit l'approche

populationnelle comme étant une dépense par programme répartie entre les régions selon un vecteur de population pondérée par un indicateur de besoins¹.

Les écarts sont calculés, par programme et par région, entre les dépenses attendues et les dépenses de référence ou historiques. Ces écarts seront comblés graduellement de façon à assurer une transition entre l'approche historique et le nouveau mode. Les figures 1, 2, 3 et 4 illustrent les quatre étapes de l'application du modèle.

Figure 1

LES ÉTAPES CONDUISANT À L'ÉTABLISSEMENT DE LA DÉPENSE DE RÉFÉRENCE PAR PROGRAMME, 2004-2005

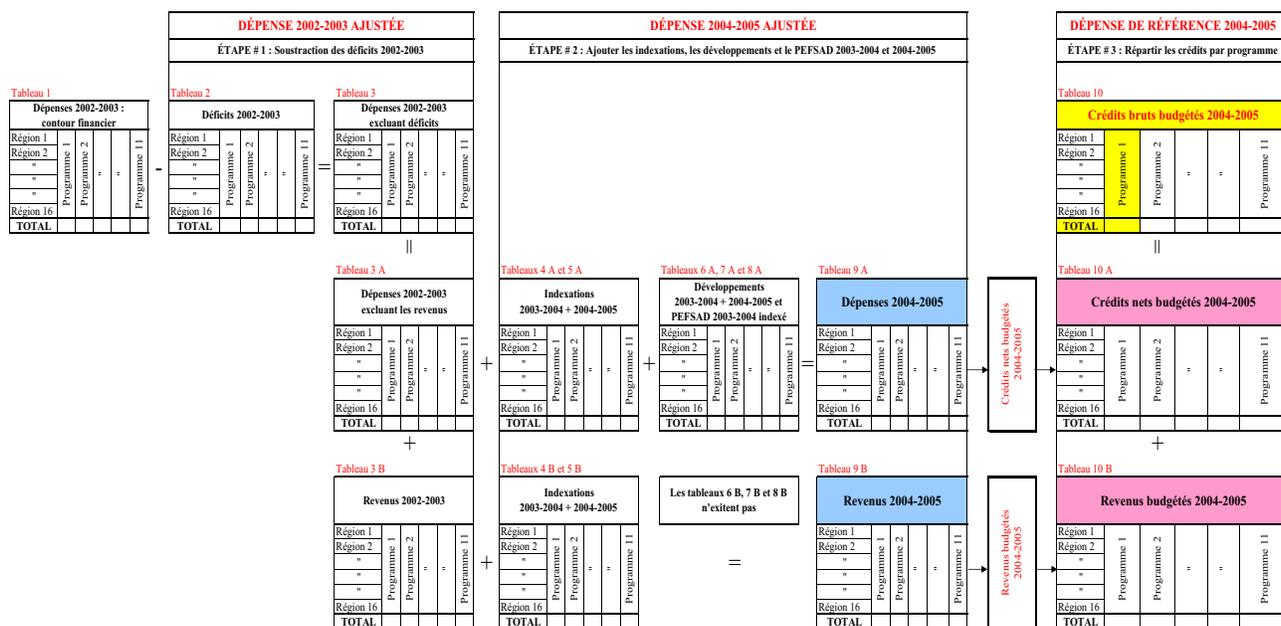
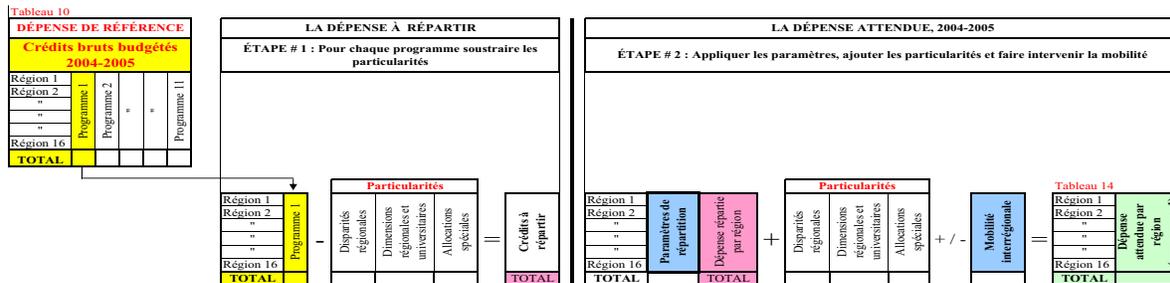


Figure 2

LES ÉTAPES CONDUISANT À LA DÉPENSE ATTENDUE RÉGIONALE PAR PROGRAMME, 2004-2005
EXEMPLE D'UN PROGRAMME-SERVICES



1. À l'exception du programme Santé physique

Figure 3

LE CALCUL DES ÉCARTS

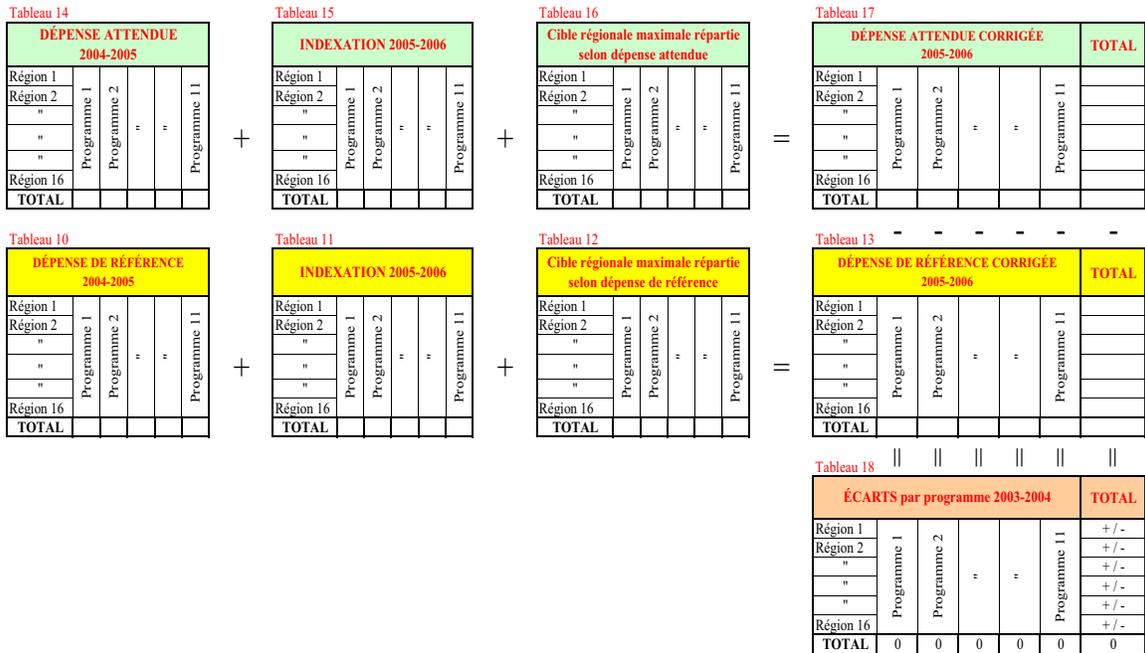
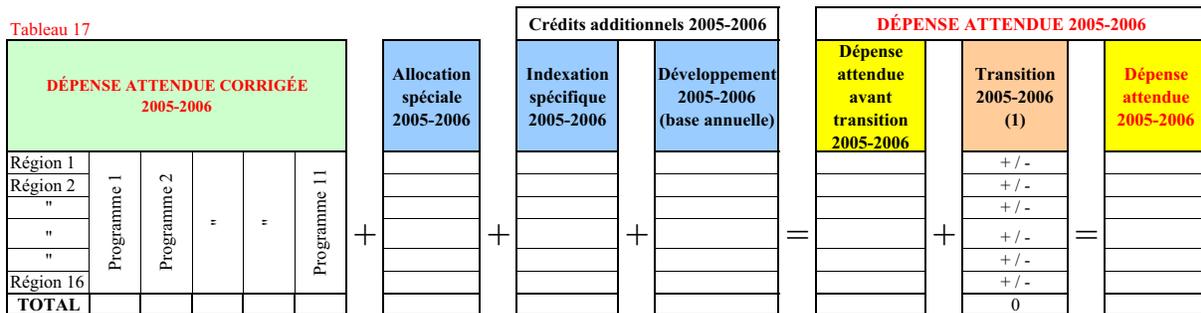


Figure 4

LE CALCUL DE LA DÉPENSE ATTENDUE, 2005-2006



(1) Correspond à un pourcentage de l'écart entre la dépense attendue corrigée 2005-2006 et la dépense de référence corrigée 2005-2006 de la figure 3

Ce pourcentage est établi en respectant le fait que chaque région ne présente pas une dépense attendue inférieure à un seuil.

Le SEUIL correspond à la dépense de référence indexée 2005-2006 + allocation spéciale 2005-2006 + l'indexation spécifique 2005-2006 + 50 % DÉVELOPPEMENT 2005-2006.

Les indicateurs de besoins

Un indicateur de besoins est estimé pour chacun des programmes. Il mesure les besoins relatifs de la population des régions sociosanitaires et sert à pondérer la population de référence d'un programme-services. Plusieurs facteurs sont considérés lors de l'estimation de l'indicateur, entre autres les caractéristiques démographiques (par exemple l'âge) et les éléments socioéconomiques (notamment les indices mesurant la défavorisation matérielle et sociale).

Un indicateur de besoins supérieur à 1,0 représente un besoin plus grand que la moyenne provinciale et un indice est inférieur à 1,0 lorsque le besoin est plus faible. Le choix d'un indicateur s'appuie sur les principes suivants :

- > Il doit être en relation directe avec les besoins de la clientèle.
- > Il doit tenir compte des principaux facteurs discriminants des besoins des régions et confirmer la relation par des analyses quantitatives, idéalement appuyées par la littérature scientifique.
- > Les données utilisées doivent être robustes, ne pas être affectées par des biais induits par l'organisation des services ou le niveau des ressources et ne pas être sujettes à la manipulation.

Par ailleurs, certains programmes comportent des particularités qui ne sont pas considérées dans l'estimation des indicateurs de besoins et dont il faut tenir compte. Ainsi, les coûts additionnels liés à la desserte des populations des régions éloignées sont évalués et introduits dans chacun des programmes-services.

1. Santé physique

Le programme Santé physique ne s'inscrit pas encore dans une approche populationnelle. Pour le moment, le modèle détermine une dépense attendue par établissement selon un coût estimé multiplié par un volume observé. Ce coût estimé est fonction de plusieurs facteurs tels que la lourdeur de la clientèle, l'importance de l'enseignement dans l'établissement offrant le service, l'éloignement des grands centres et la proportion de soins ultraspécialisés destinés aux enfants.

Des travaux sont présentement en cours afin d'explorer une approche où la dépense attendue serait le résultat d'un coût estimé multiplié par un volume estimé. Celui-ci serait calculé sur une base populationnelle et permettrait ainsi de refléter la taille d'une population, sa distribution par âge et par sexe, et ses besoins particuliers (éloignement des grands centres, manque relatif de médecins, etc.). Cette approche est complexe et le MSSS ne prévoit pas l'adopter à court terme.

2. Santé publique

Ce programme pondère les populations avec un taux mesurant, par tranche de 10 000 habitants, le nombre d'années de vie perdues pour chaque individu décédé avant l'âge de 75 ans. Par exemple, un décès survenu à l'âge de 30 ans représente 45 années de vie perdues. Il faut noter que cet indicateur de mortalité prématurée accorde plus d'importance aux causes de décès des enfants et des jeunes adultes.

3. Jeunes en difficulté et troubles envahissants du développement (TED)

Le programme Jeunes en difficulté utilise le taux de nouvelles prises en charge (TPEC) comme indicateur de besoins. Il mesure le niveau relatif des besoins entre les régions. Le TPEC, qui est la variable dépendante, est mis en relation avec d'autres variables indépendantes tels :

- > la défavorisation matérielle,
- > la défavorisation sociale,
- > les indices mesurant la pauvreté et la présence des autochtones hors réserve et des communautés culturelles dans certains territoires de centre local de services communautaires (CLSC).

Le taux de prises en charge attendu est estimé selon une régression linéaire multiple mesurant la relation entre cette variable dépendante et les variables indépendantes citées précédemment.

4. Dépendances

Les données proviennent de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) ainsi que de rapports ponctuels de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). La dépense de ce programme est répartie selon la population de 12 ans et plus, pondérée par un indicateur de besoins. En fait, il existe deux indicateurs pour ce programme : la toxicomanie et le jeu pathologique.

D'abord, l'indicateur retenu pour la toxicomanie est composé de trois sous-indicateurs : alcool, drogues illicites et médicaments. Le sous-indicateur pour l'alcool repose sur la mesure du risque de dépendance à l'alcool, produite par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), soit le Composite International Diagnostic Interview (CIDI-SF). Les résultats obtenus par l'application de l'échelle CIDI-SF constituent une échelle de dépendances. Le sous-indicateur pour la drogue consiste à calculer le taux de prévalence par groupe d'âge et par sexe qui est appliqué à la structure démographique des régions. Enfin, l'estimation du nombre de consommateurs d'ordonnances potentiellement non appropriées (psychotropes) représente le sous-indicateur pour ce qui est des médicaments.

L'indicateur de besoins pour le jeu pathologique n'est pas intégré à celui des dépendances. Il est utilisé exclusivement pour la distribution interrégionale d'un budget consacré à la dépendance au jeu. Ce budget est octroyé en fonction du taux de prévalence par groupe d'âge et par sexe, et calculé sur une structure démographique.

5. Services généraux

L'indicateur du programme Services généraux est un amalgame de plusieurs indices possédant chacun ses caractéristiques, en raison des différents services qui le composent.

Ce programme utilise un indice de consommation de services (services de santé courants, services psychosociaux, soins à domicile, etc.) aux fins d'allocation des ressources, à l'exception des dépenses pour les centres d'activité de santé parentale et infantile et de santé scolaire. Celui-ci est obtenu en divisant la proportion d'interventions selon les quantiles de défavorisation par la population correspondante. Il s'avère plus pertinent d'utiliser la structure d'âge pour modéliser les dépenses en santé parentale et en santé scolaire. L'indicateur de besoins pour les centres d'activité de santé parentale et infantile est calculé selon la proportion d'enfants âgés de 0 à 5 ans de chaque région. Le même principe s'applique à l'indicateur de besoins pour le centre d'activités de santé scolaire, à la seule différence qu'on utilise la proportion d'enfants âgés de 5 à 17 ans.

6. Déficience physique

L'indicateur du programme Déficience physique est basé sur un indicateur global composé de l'indice de besoins des usagers inscrits en centres de réadaptation et de l'indice de besoins pour les usagers recevant des services à domicile. Les indices de consommation, qui servent à pondérer la population, selon la structure par âge, s'appuient sur les rapports statistiques des centres de réadaptation et des CLSC.

L'indice de besoins des usagers des centres de réadaptation est le résultat de la proportion des usagers par groupe d'âge divisée par la proportion de la population par groupe d'âge.

L'indice de besoins des usagers recevant des services à domicile est construit de la même manière. La banque de données I-CLSC fournit le nombre d'interventions selon la structure d'âge des usagers pour les centres d'activités suivants :

- > soins infirmiers à domicile (CA6173),
- > aide à domicile (CA6530),
- > ergothérapie et physiothérapie à domicile (CA7160).

Ces données permettent d'obtenir la proportion d'interventions selon le groupe d'âge des usagers. Le rapport entre les interventions et la population par groupe d'âge pour chacun des centres d'activités constitue notre indicateur de besoins pour ce type de services.

L'indicateur global est obtenu en pondérant les indicateurs de

besoins en centres de réadaptation pour les services à domicile selon leur poids financier respectif provenant du contour.

7. Déficience intellectuelle

Dans ce programme, l'indicateur de besoins est basé sur un principe semblable à celui de la déficience physique. À partir des rapports statistiques des centres de réadaptation, la structure d'âge et le sexe des usagers sont considérés de façon à calculer des indicateurs selon le milieu d'hébergement (l'intégration résidentielle RI-RTF [ressource intermédiaire et ressource de type familial], l'intégration résidentielle RAC [ressource à assistance continue], le soutien aux familles et aux proches, l'intégration socioprofessionnelle et l'internat). L'indicateur de besoins est basé sur l'indice de consommation mesurant la proportion des usagers par type d'hébergement selon le groupe d'âge et le sexe sur la population par groupe d'âge et par sexe.

8. Perte d'autonomie liée au vieillissement

Le programme Perte d'autonomie liée au vieillissement comporte trois types de services, soit les services d'hébergement en établissement et en ressource intermédiaire, le soutien à domicile et, enfin, les services résiduels tels les hôpitaux de jour ou les centres de jour. Ces derniers sont appelés « pourtour de l'hébergement ».

L'indicateur des services d'hébergement reflète le taux d'hébergement selon le groupe d'âge et l'isolement de la clientèle. L'indicateur du soutien à domicile traduit la consommation des services basés sur la structure d'âge. La moyenne des indicateurs des services d'hébergement et du soutien à domicile est appliquée aux services résiduels (pourtour).

9. Santé mentale

L'indicateur de besoins pour le programme Santé mentale est calculé à partir des taux d'hospitalisation psychiatrique selon l'âge et l'état civil. Le taux d'hospitalisation est défini comme le rapport de deux indicateurs, le numérateur étant le nombre des hospitalisations psychiatriques d'un séjour de 540 jours et moins, et le dénominateur, la population de 15 ans et plus.

Des travaux sont en cours et cette méthode est en évolution afin de mieux traduire le plan d'action en santé mentale présenté au début de l'été 2005.

10. Administration et soutien aux services

Le modèle proposé est basé sur l'analyse des dépenses des établissements par catégorie. L'analyse par régression a été retenue pour calculer, par établissement, la dépense attendue en administration et en soutien aux services. Cette méthode permet de mettre en relation les dépenses d'administration et de soutien avec celles des programmes-services. Le modèle utilisé établit un lien entre les dépenses d'administration et de soutien aux services et les dépenses des programmes-services selon l'équation suivante :

$$Adm(ou\ soutien) = \beta_1 Sphys + \beta_2 Sment + \beta_3 Palv + \beta_4 Dphys + \beta_5 Dintel + \beta_6 Gen + \beta_7 Jeunes + \beta_8 Spub + \beta_9 Dep + Q_1 + Q_2 + Q_3 + Q_4 + Amb + I + \varepsilon$$

- où **Sphys** : dépense pour la santé physique
Sment : dépense pour la santé mentale
Palv : dépense pour la perte d'autonomie liée au vieillissement
Dphys : dépense pour la déficience physique
Dintel : dépense pour la déficience intellectuelle
Gen : dépense pour les services généraux
Jeunes : dépense pour les jeunes en difficulté
Spub : dépense pour la santé publique
Dep : dépense pour la dépendance
Q₁ à Q₄ : variable dichotomique captant la catégorie de dépenses totales des programmes-services
Amb : variable dichotomique représentant le centre hospitalier ambulatoire régional de Laval
I : variable dichotomique pour les établissements des groupes 20 et 31, soit les centres à budget et les centres privés qui s'occupent respectivement des mères et des jeunes en difficulté d'adaptation
E : fluctuation aléatoire engendrée par les autres facteurs qui ne sont pas pris en compte dans le modèle

La méthode de calcul génère une dépense d'administration ou de soutien en fonction des services offerts dans chaque établissement. Cette dépense servira à établir un taux d'administration et de soutien selon les services dans chacun des programmes-services. Ce taux est obtenu en divisant la dépense d'administration et de soutien estimée par la dépense réelle des programmes-services. Les taux d'administration et de soutien aux services s'appliquent par la suite aux dépenses attendues par programme-services.

11. Bâtiments

Le programme Gestion des bâtiments et des équipements englobe les activités qui touchent l'univers physique de l'établissement. En effet, il concerne l'entretien sanitaire, la gestion des déchets biomédicaux, le fonctionnement des installations, la sécurité, l'entretien et la réparation des bâtiments, de même que l'entretien de l'équipement médical.

Le calcul des dépenses attendues repose sur trois principaux paramètres – la superficie brute en mètres carrés, la valeur actuelle de remplacement (VAR) et l'énergie en gigajoules (GJ) – qui sont multipliés par un coût médian. Les données proviennent, entre autres, de rapports financiers (AS-471) et du Groupe biomédical Montérégie (GBM). Le programme Gestion des bâtiments introduira des modifications de l'indicateur pour la budgétisation 2006-2007. Les travaux en cours consistent à regrouper les établissements en quatre grandes catégories afin d'estimer des équations économétriques fiables par catégorie de dépenses.

Exemple d'un calcul de programme-services : Perte d'autonomie liée au vieillissement

Il s'agit d'un programme important dont la dépense s'établit à plus de 2,1 milliards de dollars. Comme mentionné antérieurement, l'indicateur de besoins de ce programme est composé de trois indices. Le premier est lié aux services

d'hébergement et il considère deux facteurs : l'âge et l'isolement social. Le deuxième est associé au soutien à domicile et tient compte d'un profil de consommation par groupe d'âge. Le troisième concerne les services résiduels ou le pourtour de l'hébergement et il est calculé selon la moyenne des deux indices précédents.

Le tableau 3 illustre les étapes de calcul qui permettent d'obtenir la dépense attendue à partir de l'indicateur de besoins. Les crédits à répartir par région pour l'année résultent de la soustraction des dépenses associées aux particularités (par exemple, disparités régionales, dimensions régionales et universitaires et allocations spéciales) de la dépense de référence. La dépense attendue par région est donc égale à la répartition des crédits par la population pondérée à laquelle on ajoute les particularités soustraites à l'étape précédente et la mobilité interrégionale.

Pour 2006-2007, le MSSS devrait être en mesure d'introduire un facteur afin de tenir compte de la défavorisation en ce qui concerne le besoin en lits d'hébergement. L'indice de défavorisation sera calculé à partir des statistiques sur le Supplément de revenu garanti (supplément de la pension de la Sécurité de la vieillesse [PSV] destiné aux personnes à faible revenu).

CONCLUSION

L'instauration du nouveau modèle d'allocation comporte plusieurs avantages. Ce processus permet d'atteindre les objectifs d'équité interrégionale quant à la répartition des ressources financières et à l'accès aux services. De plus, il tient compte de l'évolution qualitative et quantitative des services. Par ailleurs, la transition entre l'approche historique et le nouveau modèle d'allocation permet à toutes les régions, sans exception, de recevoir une allocation budgétaire supérieure à celle de l'année précédente, l'indexation étant prise en compte. La transition qui a été appliquée au cours des deux premières années du nouveau mode a permis aux régions de recevoir au moins 50 % des dépenses prévues qui sont dédiées au développement.

Toutefois, le MSSS doit relever plusieurs défis. L'un de ceux-ci consiste à raffiner la méthodologie afin de bien évaluer les écarts par programme et par région.

Malgré de nombreux travaux qui ont été réalisés pour la construction du modèle d'allocation, le processus demeure complexe et d'autres analyses doivent être effectuées en vue d'en assurer l'évolution. Ces travaux consistent à faire évoluer l'approche en santé physique, à prendre en compte la défavorisation dans le calcul de l'indicateur du programme Perte d'autonomie liée au vieillissement, à procéder à un réexamen complet de l'indicateur du programme Santé mentale, à améliorer l'estimation des coûts associés à la dimension universitaire dans le secteur social, à revoir et à achever l'analyse des équipes minimales dans les régions éloignées. D'ailleurs, certains de ces ajustements seront introduits lors de l'émission des allocations 2006-2007.

Tableau 1 : Source de données

Sources d'information	Données utilisées	Services								Soutien		Particularités	
		Santé physique	Jeunes en difficulté	Santé publique	Dépendances	Services généraux	Déficience physique	Déficience intellectuelle et TED	Santé mentale	Perte d'autonomie	Administration	Gestion: bâtiments et équipements	Dimensions régionales
Clientèles des centres jeunesse/protection de la jeunesse Banque commune (CJ-LPJ)	Âge		X										
	Nombre d'autochtones		X										
	Code postal		X										
	Interventions terminales		X										
	Nouvelles prises en charge (0 à 17 ans)		X										
Compilab	Données sur la production en laboratoire	X				X							
Contour financier	Coûts et unités de mesure des centres d'activités principales	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	
Déclarations des établissements	Évaluation de la clientèle historique												
Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) (Statistique Canada)	Risque de dépendance à l'alcool, aux drogues illicites et au jeu pathologique				X								
Fichiers de paie	Nombre de postes en ETC pour les titres d'emploi regroupés (inf. bachelrières, inf. et aux. fam.)											X	
Fichier des contributions des adultes hébergés	Âge								X				
Fichier des décès	Âge de décès			X									
	Cause de décès			X									
	Nombre de décès			X									
Groupe biomédical Montérégie (GBM)	Superficies brutes et valeur de remplacement du bâtiment, des équipements spécialisés et médicaux										X		
Hygiène mentale	Clientèle historique hébergée								X				
	Clientèle historique (taux d'attrition)												
Institut national de santé publique	Indice de défavorisation		X										
Intégration CLSC (I-CLSC)	Date de naissance (âge)					X							
	Interventions/quantile de défavorisation.					X							
	Interventions en services courants												X
	Interventions par groupe d'âge						X		X			X	
Med-Écho	Âge	X							X				
	Code postal	X							X				
	Diagnostic	X							X				
	État civil								X				
	Jours présence des admissions	X							X				

Tableau 1 : Source de données (suite)

Sources d'information	Données utilisées	Services									Soutien		Particularités	
		Santé physique	Jeunes en difficulté	Santé publique	Dépendances	Services généraux	Déficiences physiques	Déficiences intellectuelles et TED	Santé mentale	Perte d'autonomie	Administration	Gestion: bâtiments et équipements	Dimensions régionales	Impact RAMQ
OASIS	Services ambulatoires (mobilité-Montréal et ses régions avoisinantes)								X					
Perspectives démographiques (Institut de la statistique du Québec)	Projections de la population territoire et région socio-sanitaire	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	
Plan d'effectifs médicaux (PREM)	Effectifs médicaux												X	
Base de données et rapport OPNA (RAMQ)	Rémunération des médecins	X												
	Indicateur médicaments				X									
Rapport financier annuel (AS-471)	Coûts et unités de mesure de tous les centres d'activités	X	X			X	X	X	X	X	X	X	X	
Rapport statistique annuel des CH et CHSLD (AS-478)	Jours présence	X									X			
	Nombre de places en CHSLD								X					
Rapport statistique annuel des CJ (AS-480)	Provenance des usagers par type de milieu d'hébergement		X											
Rapport statistique annuel des CRPAT (AS-481 -page 14)	Nombre d'inscrits selon la provenance				X									
	Nombre de jours présence pour les admis				X									
Rapport statistique annuel des CRDP (AS-484)	Âge selon les déficiences motrice, auditive, visuelle et du langage					X								
Rapport statistique annuel des CRDI (AS-485)	Âge et sexe des usagers selon le milieu d'hébergement						X							
Recensement du Canada (Statistiques Canada)	État civil et âge							X						
	Indice des coûts de construction non résidentielle									X				
	Population recensée		X	X				X					X	
Registre des indiens du ministère des affaires indiennes et du nord canadien	Population autochtone		X											
SIGARRSSS	Superficies										X			
Système clientèle jeunesse (PIJ)	Variables de la LPJ		X											
Système d'information et de coordination des admissions (SICRA)	Code postal (provenance de la clientèle)								X					
Système d'information pour la clientèle présentant une déficience intellectuelle (SIC-DI)	Interventions						X							
Système d'information sur les RI/RTF (SIRTF)	Âge						X							

Tableau 2

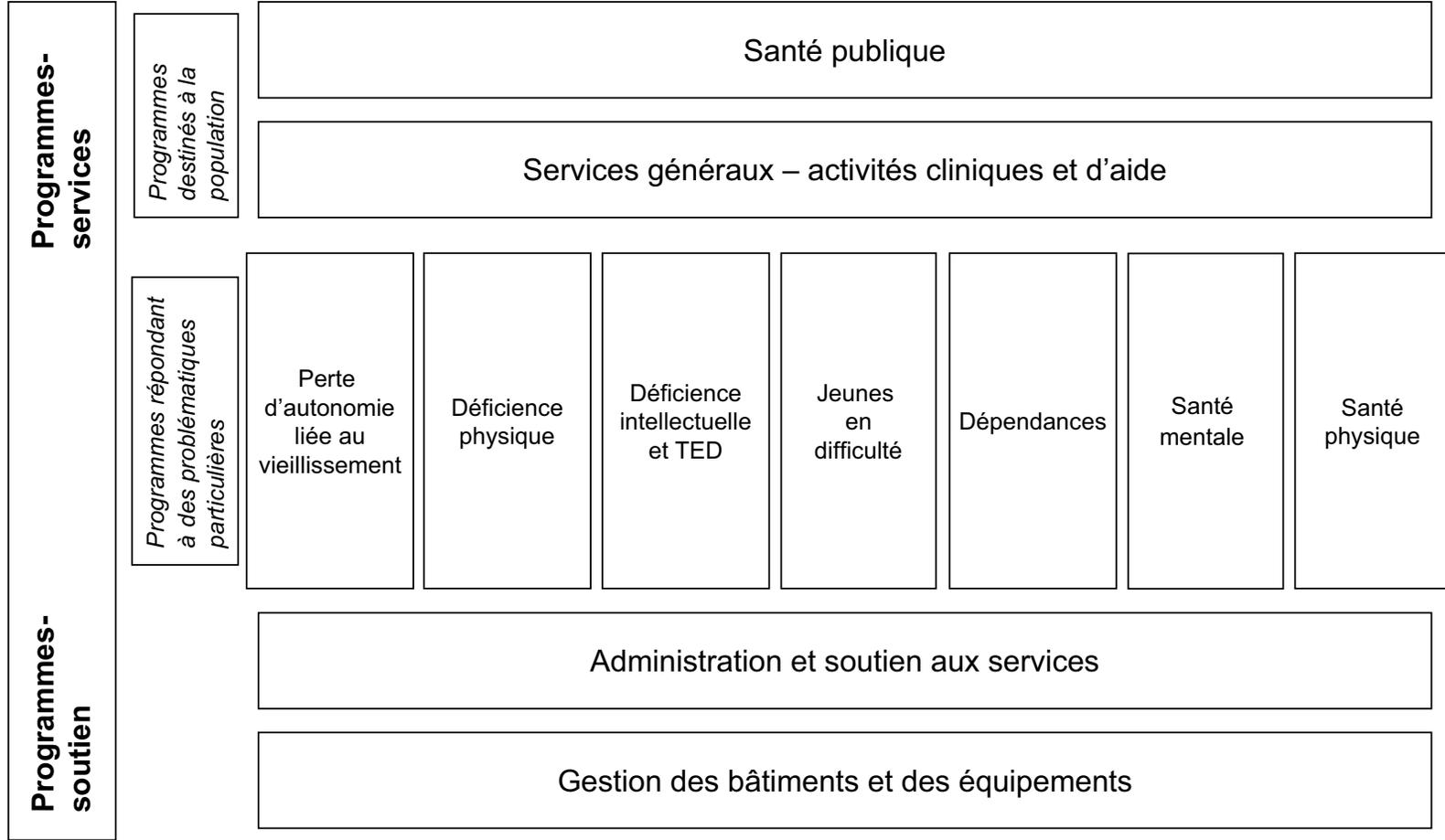


Tableau 3

PROGRAMME: PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT

	LA DÉPENSE À RÉPARTIR					LA DÉPENSE ATTENDUE 2004-2005									
	PARTICULARITÉS										PARTICULARITÉS				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15) = (10) à (14)
	Perte d'autonomie (référence)	Disparités régionales	Dimensions régionales et universitaires	Allocations spéciales	Crédits à répartir	Population estimée 2004	Indice de besoins Perte d'autonomie 2005	Population pondérée	% population pondérée	Dépense répartie par région	Disparités régionales	Dimensions régionales et universitaires	Allocations spéciales	Mobilité Perte d'autonomie 2005	Dépense attendue
RSS 01 Bas-Saint-Laurent	84 725 035		1 512 981	2 109 657		202 122	122,75	248 098	3,31%	69 388 440	0	1 512 981	2 109 657	(444 058)	72 567 020
RSS 02 Saguenay-Lac-Saint-Jean	73 396 841		1 204 112	1 848 956		277 045	87,91	243 538	3,25%	68 113 220	0	1 204 112	1 848 956	(355 951)	70 810 336
RSS 03 Capitale Nationale	221 976 662		3 638 215	1 105 536		663 162	112,12	743 526	9,91%	207 950 719	0	3 638 215	1 105 536	2 712 320	215 406 790
RSS 04 Mauricie et Centre-du-Québec	161 378 170		2 462 767	1 492 801		484 533	116,62	565 051	7,53%	158 034 277	0	2 462 767	1 492 801	(982 929)	161 006 915
RSS 05 Estrie	93 780 403		4 209 519	899 972		297 958	112,36	334 798	4,46%	93 636 858	0	4 209 519	899 972	(1 140 586)	97 605 763
RSS 06 Montréal	680 338 226		10 479 583	2 446 394		1 877 192	121,86	2 287 491	30,49%	639 769 348	0	10 479 583	2 446 394	8 189 936	660 885 260
RSS 07 Outaouais	70 200 128		1 464 300	525 296		338 538	72,73	246 217	3,28%	68 862 465	0	1 464 300	525 296	494 458	71 346 518
RSS 08 Abitibi-Témiscamingue	39 074 931	495 455	1 160 678	863 078		145 343	83,34	121 126	1,61%	33 876 706	495 455	1 160 678	863 078	(447 343)	35 948 574
RSS 09 Côte-Nord	19 926 874	961 578	2 578 347	262 478		96 497	70,19	67 728	0,90%	18 942 231	961 578	2 578 347	262 478	(95 426)	22 649 208
RSS 10 Nord-du-Québec	0			0		0				0					
RSS 11 Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	41 999 259	667 413	1 331 883	1 222 001		96 943	120,79	117 099	1,56%	32 750 540	667 413	1 331 883	1 222 001	(215 484)	35 756 353
RSS 12 Chaudière-Appalaches	116 448 398		2 688 537	2 277 017		393 419	100,29	394 544	5,26%	110 346 785	0	2 688 537	2 277 017	(626 831)	114 685 508
RSS 13 Laval	79 316 449		907 480	379 048		364 806	89,12	325 129	4,33%	90 932 757	0	907 480	379 048	(5 281 737)	86 937 548
RSS 14 Lanaudière	84 048 047		1 561 383	568 938		413 670	70,97	293 574	3,91%	82 107 195	0	1 561 383	568 938	(1 252 119)	82 985 397
RSS 15 Laurentides	98 133 178		2 271 912	746 507		499 949	74,60	372 965	4,97%	104 311 518	0	2 271 912	746 507	923 594	108 253 531
RSS 16 Montérégie	295 233 551		3 664 527	1 369 218		1 352 349	84,49	1 142 640	15,23%	319 575 527	0	3 664 527	1 369 218	(1 477 844)	323 131 429
RSS 17 Nunavik															
RSS 18 Terres-Cries-de-la-Baie-James															
TOTAL QUÉBEC	2 159 976 151	2 124 445	41 136 224	18 116 897	2 098 598 585	7 503 526	100,00	7 503 526	100%	2 098 598 585	2 124 445	41 136 224	18 116 897	(0)	2 159 976 151