vivre une île en santé

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL

Qui sont les Montréalais et comment vont-ils ?

Les inégalités sociales : des effets réels sur la santé

Urgences : améliorer l'accès par le développement des services généraux

Amélioration de la qualité : une priorité

Montréal à l'avant-garde en matière de mesures d'urgence : le réseau se prépare

Menaces à la santé : une vigie 24/7

Québec

Le *Rapport annuel de gestion 2012-2013 - Vivre une île en santé* est une production de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

3725, rue Saint-Denis
Montréal (Québec) H2X 3L9
514 286-6500
santemontreal.qc.ca

Ce rapport présente les réalisations et les priorités de l'Agence en 2012-2013 et dresse un portrait de la population et du réseau de la santé et des services sociaux de Montréal.

Les annexes présentent les détails officiels concernant les données financières, les immobilisations, le bilan de suivi de gestion et les autres éléments de reddition de comptes demandés par le ministère de la Santé et des Services sociaux. À moins d'une mention particulière, les données présentées dans ce document étaient exactes au 31 mars 2013.

Éditrice
Emmanuelle Carrier

Rédactrices en chef
Racha-Michèle Asso
Caroline Dusablon

Collaborateurs
Véronique Allaire
Maryse Beaumier-Robert
Lise Chabot
Stéphanie Gaudreau
Isabelle Mazurier
Hélène-Françoise Perrault
Hai Pham-Huy
Isabelle Pilotte
Marie Pinard
Jo Anne Simard
Simon Tessier
Marie-Josée Thibert

Graphisme
Atlas et Axis communication

Révision
Karine Picard

Note
Dans ce document, l'emploi du masculin générique désigne aussi bien les femmes que les hommes et est utilisé dans le seul but d'alléger le texte.

Crédits photos : Agence de la santé et des services sociaux de Montréal sauf mention contraire.

Ce rapport est disponible en ligne à la section documentation du site Web de l'Agence : agence.santemontreal.qc.ca

© Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2013

ISSN 1911-0944 (Imprimé)
ISSN 1911-0952 (En ligne)

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2013

Approuvé à la séance ordinaire du conseil d'administration du 24 septembre 2013.

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
Québec

Sommaire

Mot du président du conseil d'aministration 4

Mot de la présidente-directrice générale 5

Votre agence de la santé et des services sociaux 6

Portrait de la population et de son état de santé – Les Montréalais : qui sont-ils et comment vont-ils ? 9

Maladies chroniques – Des défis sur les plans de la prévention et de la gestion des soins 13

Inégalités sociales : des effets réels sur la santé 16

Urgences montréalaises : améliorer l'accès par le développement des services généraux dans la communauté 18

Réorganiser les services pour les adapter davantage aux personnes ayant des besoins particuliers 20

Optimiser : pour mieux servir la population 23

Amélioration continue de la qualité : une priorité ! 24

Relever les défis de pénurie de main-d'œuvre dans le réseau en améliorant l'organisation du travail et la prestation des services 26

Montréal à l'avant-garde en matière de mesures d'urgence : le réseau se prépare 28

Menaces à la santé : une vigie 24/7 30

Environnement et santé : agir sur plusieurs fronts 32

Informatisation du réseau – Mieux outiller les intervenants et mieux servir la population 35

Personnes à mobilité réduite : de grands pas en matière d'accessibilité aux établissements 38

MOT DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'AMINISTRATION

Le réseau de la santé et des services sociaux de Montréal est le plus grand de la province. Il s'agit d'un réseau d'excellence dans lequel on trouve des établissements ayant une mission universitaire qui, année après année, démontrent leur grande expertise en développant et en diffusant les meilleures pratiques. On y compte également des établissements de première ligne et des établissements spécialisés qui s'affairent sans relâche à adapter leur offre de service aux personnes qu'ils desservent. Le réseau montréalais se démarque aussi par l'importante contribution de ses partenaires, que l'on pense aux établissements privés conventionnés ou aux organismes communautaires : ils viennent compléter l'offre de service du réseau public et sont essentiels à son bon fonctionnement.

Je suis très fier d'agir dans cet important réseau, à titre de président du conseil d'administration (CA) de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Encore cette année, les établissements de Montréal ont avancé d'importants dossiers, notamment en ce qui concerne l'amélioration de l'accès aux services, le développement de la première ligne, l'informatisation, etc. Vous en trouverez d'ailleurs le détail dans les pages qui suivent.

Le réseau montréalais peut compter sur du personnel compétent, mais est également soutenu par des décideurs dévoués. À Montréal, on compte 42 conseils d'administration, soit un par établissement de santé public. Ceux-ci sont notamment composés de membres bénévoles issus de la population, du personnel et des utilisateurs du réseau ainsi que du milieu des affaires ; ce sont des conseils diversifiés et riches en expériences.

Souvent méconnu, le rôle des CA est fondamental. Ceux-ci veillent, entre autres, à la saine gestion de l'établissement, décident des grandes orientations stratégiques, s'assurent de la sécurité et de la qualité des services et plus encore. L'année 2012-2013 a été remplie de défis pour certains établissements qui ont dû fournir des efforts importants et travailler davantage en réseau afin de trouver des solutions novatrices leur permettant d'améliorer leur performance. Les décisions prises aujourd'hui par les CA des établissements ne concernent donc plus seulement l'avenir d'un seul établissement, mais sont garantes de la santé future de notre réseau.

L'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal reconnaît l'importance et l'apport des CA. En 2012-2013, elle a d'ailleurs consolidé les structures de son organisation pour les soutenir davantage en créant une équipe spécialement dédiée aux questions de gouvernance.

J'ai l'honneur de représenter le secteur santé au Forum des partenaires de la Conférence régionale des élus (CRÉ) de Montréal, où je présente assez régulièrement les rapports produits par l'Agence dans le domaine de la santé publique et dans celui des facteurs socioéconomiques qui peuvent avoir des impacts sur la santé humaine et sur l'environnement. J'ai aussi assisté à plusieurs colloques sur l'avenir de notre système de santé et en ai fait rapport publiquement à mes collègues du conseil d'administration de l'Agence.

Je profite donc de la publication de ce rapport annuel pour saluer et remercier chaque personne qui œuvre au sein d'un CA. Grâce à votre implication et à votre expertise, c'est l'ensemble de la société qui en bénéficie et qui prend part à la gestion du plus grand service public du Québec.

Le président du conseil,
Victor C. Goldbloom

MOT DE LA PRÉSIDENTE-DIRECTRICE GÉNÉRALE

Montréal, c'est un lieu d'excellence en matière de santé et de services sociaux. Son réseau se distingue par la grande diversité de soins et de services que ses établissements offrent à une population aux besoins variés et en constante évolution.

L'Agence joue un rôle central dans l'orchestration de l'organisation de ce réseau. Elle s'assure, entre autres, que la population a accès aux services de santé et aux services sociaux partout sur l'île et de la façon la plus équitable qui soit. Au cours des dernières années, elle a d'ailleurs entrepris d'importantes transformations afin d'adapter ses services aux besoins toujours changeants de certaines clientèles qui présentent des besoins particuliers, notamment les personnes âgées, les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale ou celles qui vivent avec des maladies chroniques.

L'Agence, c'est aussi l'instance qui veille sur la santé de la population. Miser sur la prévention, c'est investir dans la santé des Montréalais. Aider les Montréalaises et les Montréalais à demeurer en bonne santé, c'est le grand défi de notre Direction de santé publique. C'est en joignant les efforts de nos établissements de santé et de services sociaux avec ceux de nos partenaires que nous y parviendrons.

Plus que jamais, nous sommes engagés dans une volonté de travailler davantage en réseau. La force collective du groupe nous permettra de nous rendre plus efficients, et ce, malgré les défis importants auxquels nous faisons face. Pour y arriver, le réseau peut également compter sur des employés et des médecins dévoués; il s'agit de plus de 90 000 personnes qui travaillent avec tout leur cœur à améliorer la santé de la population montréalaise.

Dans le cadre de notre exercice de rapport annuel, nous rendons compte à la population. Ce magazine s'adresse à tous les Montréalais et Montréalaises qui désirent en savoir plus sur les réalisations et les priorités de leur réseau de la santé et des services sociaux, ainsi que sur tous les moyens que nous mettons de l'avant pour *« Vivre une île en santé »*.

Bonne lecture !

La présidente-directrice générale,
Danielle McCann

VOTRE AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

La mission de l'Agence de Montréal est d'assurer la coordination du réseau de la santé et des services sociaux de la région afin d'en améliorer la performance et ainsi contribuer à améliorer la santé et le bien-être de la population montréalaise.

Les principales responsabilités de l'Agence sont :

- évaluer l'état de santé et de bien-être de la population ;
- identifier les besoins et définir l'offre de service sur le territoire ;
- initier, guider les efforts de prévention et y participer ;
- assurer l'intégration et la cohérence des services et des soins sur son territoire ;
- faciliter l'accès aux services et à la continuité des soins ;
- assurer la participation de la population à la gestion du réseau ;
- soutenir le développement des réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) montréalais dans les différents volets de leur mission ;
- allouer les ressources régionales aux établissements et aux organismes communautaires ;
- évaluer la performance du réseau montréalais et rendre compte de l'impact des interventions sur la santé et le bien-être de la population.

LES CINQ PRIORITÉS MONTRÉALAISES

- Poursuivre le développement d'une première ligne forte, centrée sur la personne, qui offre un accès rapide à des services diagnostiques et de prise en charge.
- Assurer une approche intégrée de prévention et de gestion des maladies chroniques.
- Intervenir précocement auprès des tout-petits, des jeunes et de leur famille.
- Compléter la mise en œuvre des grandes réorganisations de services.
- Collaborer avec nos partenaires à la réduction des inégalités de santé et de bien-être.

▶ POUR EN SAVOIR PLUS…

Pour en savoir davantage sur les priorités du réseau, consulter la *Planification stratégique montréalaise 2010-2015* : agence.santemontreal.qc.ca.

vivre une île en santé

Le réseau montréalais de la santé et des services sociaux, c'est :

- **82 établissements** offrant des services dans **332 installations** : 12 CSSS, 14 hôpitaux de soins généraux et spécialisés, 4 hôpitaux psychiatriques, 12 centres de réadaptation, 2 centres jeunesse, 37 centres d'hébergement et 1 clinique communautaire.

  Parmi ceux-ci, on compte :

  - 3 centres hospitaliers universitaires, 6 instituts universitaires, 8 centres affiliés universitaires ainsi que 4 établissements à vocation suprarégionale. L'ensemble de ces établissements offrent des soins et des services spécialisés et surspécialisés à des patients provenant d'autres régions du Québec ;
  - 23 établissements dont l'ensemble des services est accessible en anglais et 22 dont une partie des services est accessible en anglais ;

- près de **91 500 personnes** qui y travaillent, dont 24 641 qui se consacrent aux soins infirmiers et cardiorespiratoires, 17 927 professionnels et techniciens de la santé et des services sociaux, 3 488 médecins spécialistes et 2 428 omnipraticiens ;
- un peu plus de **400 cliniques ou cabinets médicaux**, dont 41 groupes de médecine de famille, 30 cliniques-réseau et 4 cliniques-réseau intégrées ;
- **648 organismes** financés par l'Agence.

LE SAVIEZ-VOUS ?

61 % des services surspécialisés offerts par les établissements montréalais concernent des patients non montréalais.

L'AGENCE DE MONTRÉAL VOUS ÉCOUTE ET VOUS INFORME

Chaque année, elle :

- répond à environ 2 160 demandes de renseignement provenant de la population par l'entremise de son Service à la population ;
- répond à plus de 1 000 demandes de la part de médias nationaux et régionaux ;
- traite environ 60 demandes d'accès à l'information ;
- reçoit près de 1,6 million de visites sur son Portail santemontreal.qc.ca, qui permet de trouver, en quelques clics, une foule de renseignements concernant les services offerts par le réseau montréalais et la façon d'y accéder.

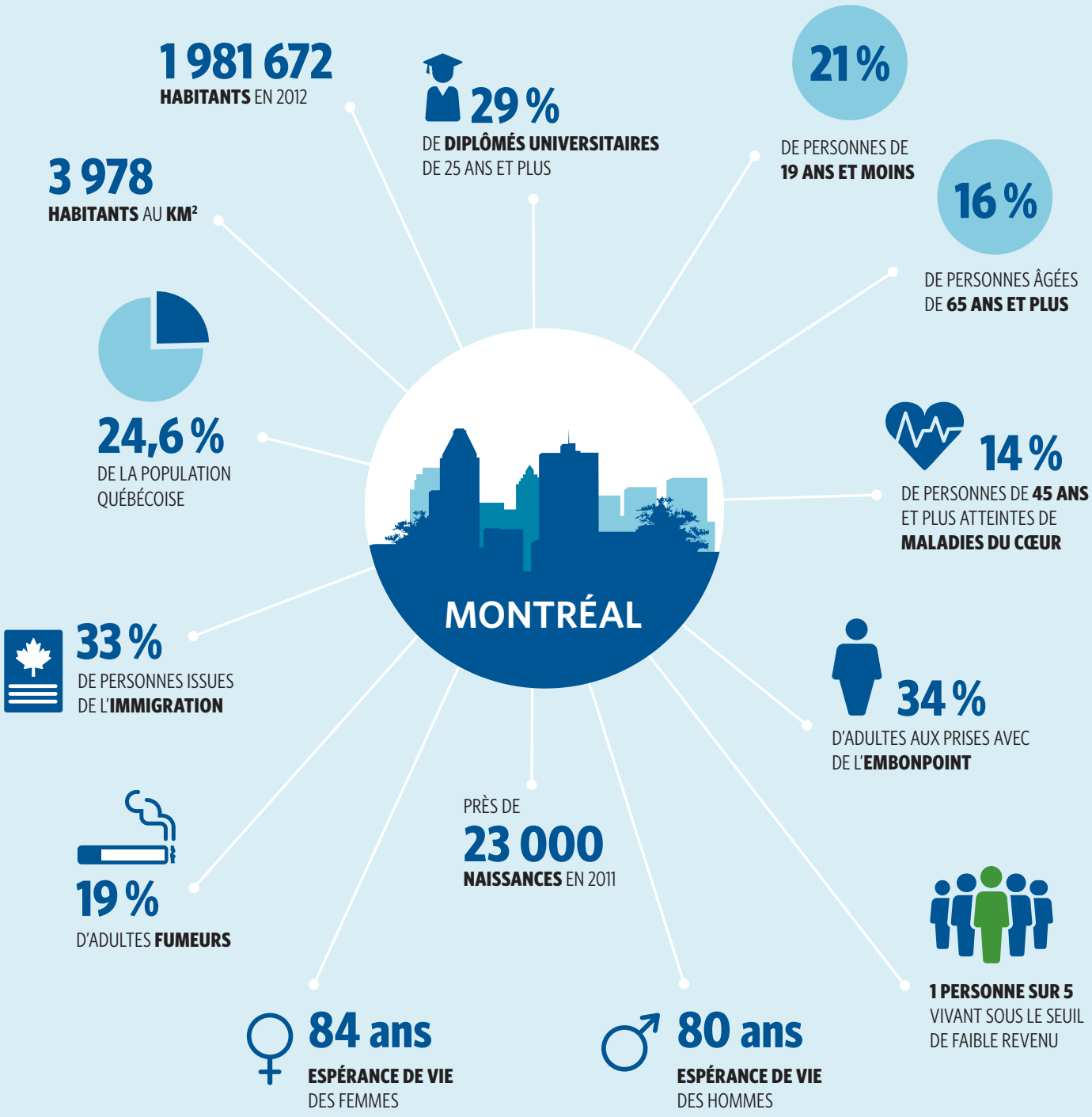
L'Agence est également suivie par 4 000 abonnés par l'entremise de ses médias sociaux, avec un nombre de consultations par publication pouvant atteindre 27 000.

POUR SUIVRE L'AGENCE

santemontreal

@santemontreal

Agencedemontreal



Source : Institut de la statistique du Québec et Agence de Montréal

Portrait de la population et de son état de santé

LES MONTRÉALAIS : QUI SONT-ILS ET COMMENT VONT-ILS ?

Métropole du Québec et deuxième plus grande ville du Canada, Montréal compte près de deux millions d'habitants, soit près du quart de la population du Québec. Avec près de 4 000 habitants au km^2, comparativement à environ 130 en Montérégie, elle est la deuxième région québécoise la plus peuplée. Chaque jour, des dizaines de milliers de personnes en provenance des régions avoisinantes y viennent pour travailler, étudier et se divertir. Nombre d'entre elles y viennent également pour accéder à des services de santé spécialisés.

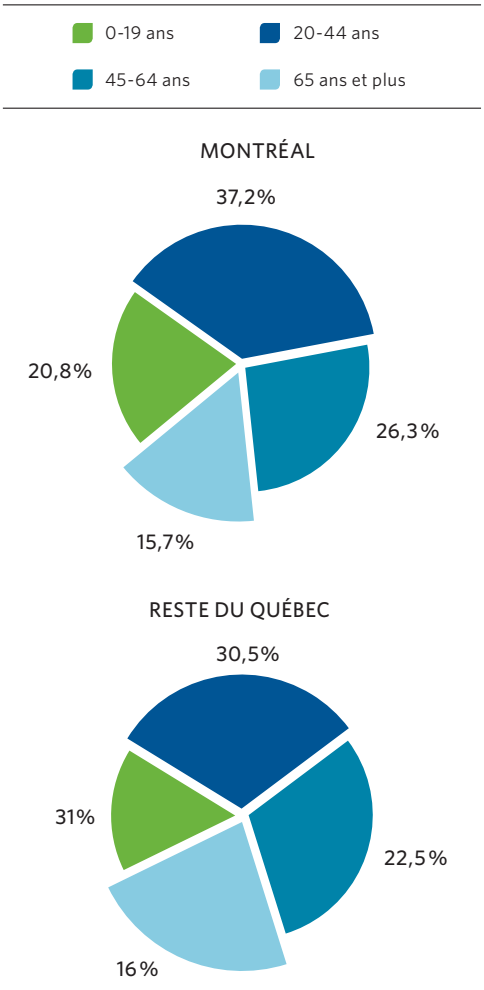
Une démographie unique

Montréal est un lieu d'accueil pour un grand nombre de personnes. La majorité des immigrants du Québec, soit plus de 6 sur 10 (63 %), résident à Montréal. La proportion de la population immigrante a d'ailleurs fait un bond important entre 1986 et 2011, passant de 22 % à 33 %, et représente aujourd'hui plus de 612 000 personnes. On remarque également que Montréal exerce une forte attraction sur les jeunes adultes âgés de 20 à 34 ans des autres régions du Québec. Ces deux réalités font en sorte que la proportion des 20 à 44 ans à Montréal est plus importante que dans le reste du Québec (figure 1).

Montréal compte près du quart (23 %) des familles avec enfants au Québec, une proportion qui reste stable depuis 2001. Ces familles sont davantage concentrées dans les secteurs de l'Ouest-de-l'Île, de Bordeaux-Cartierville–Saint-Laurent et de Saint-Léonard–Saint-Michel. Par ailleurs, environ la moitié des personnes qui quittent Montréal (47 %) sont des adultes de 30 à 44 ans et leurs enfants, et elles déménagent principalement pour s'installer dans les régions avoisinantes, soit la Montérégie, Laval et Lanaudière.

Quoique le nombre de naissances augmente depuis 2004, le taux de natalité a connu une baisse de 10 % entre 1990 et 2010 à Montréal ; ce qui est moins élevé que dans le reste du Québec, où l'on constate une diminution de 23 %. Montréal compte aussi sensiblement plus de nouveau-nés par habitant que le reste du Québec (12 pour 1 000 contre 11 pour 1 000). Par ailleurs, plus de la moitié (56 %) des femmes qui ont donné naissance à un enfant à Montréal sont issues de l'immigration. Autre particularité : les Montréalaises font davantage d'enfants lorsqu'elles sont dans la trentaine que dans la vingtaine, comparativement aux femmes du reste de la province.

FIGURE 1 : RÉPARTITION DE LA POPULATION PAR GROUPES D'ÂGE, MONTRÉAL ET RESTE DU QUÉBEC, 2011



■ En 2011, près de 23 000 bébés sont nés dans les familles montréalaises.

Enfin, Montréal compte environ 300 000 personnes de 65 ans ou plus, soit 16 % de la population ; à l'instar de l'ensemble de la province. Leur proportion augmente depuis quelques années et selon les projections, elles représenteront 21 % de la population montréalaise dans 20 ans. Étant donné que les personnes âgées sont de grandes utilisatrices de soins et de services, cette situation mérite une attention particulière en matière de prestation de soins et de services sociaux.

D'importants contrastes sur les plans social et économique

À l'instar des autres grandes villes du monde, Montréal démontre de plus en plus de signes de polarisation : les écarts de santé entre les riches et les pauvres, y compris dans un même territoire, sont plus marqués à Montréal qu'ailleurs au Québec. Les inégalités sociales de santé y sont bien présentes, et ce, sur divers plans, et elles ont des effets sur la santé, comme le soulignait le directeur de santé publique dans son rapport annuel de 2011[1]. Il est important de tenir compte de ces contrastes dans la définition de l'offre de services de santé et de services sociaux.

■ Les inégalités sociales ont des effets importants sur la santé des personnes ; pour en savoir plus, lire l'article intitulé « Inégalités sociales : des effets réels sur la santé » à la page 16.

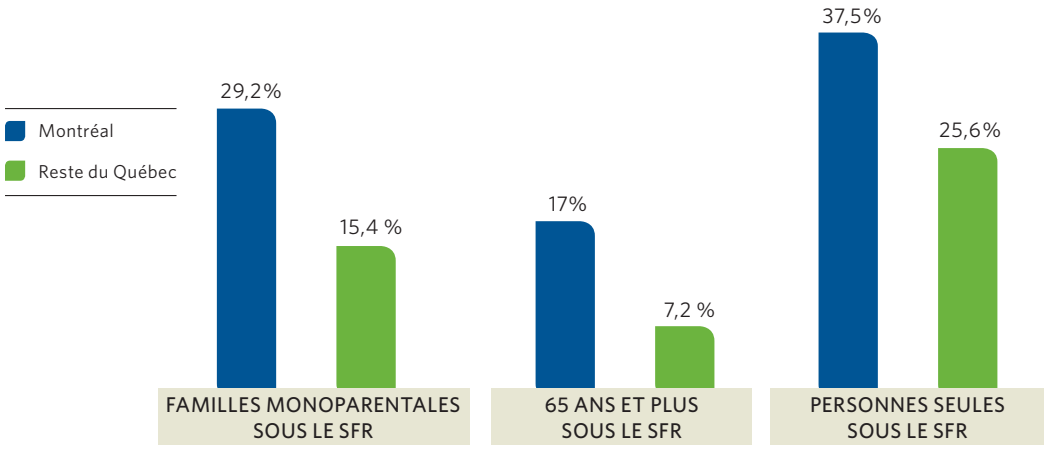
D'un côté, une partie de la population montréalaise a un revenu et un niveau de scolarité plus élevés comparativement au reste des Québécois. Le revenu moyen (après impôt) des ménages montréalais est de 46 928 $. Les 20 secteurs où le revenu moyen des ménages est le plus élevé au Québec se trouvent tous à Montréal, avec des revenus moyens entre 192 000 $ et 378 000 $ (après impôt). C'est également à Montréal que l'on compte la proportion de diplômés universitaires la plus importante ; 29 % des personnes âgées de 25 ans et plus ont un diplôme universitaire contre 15 % dans le reste du Québec.

D'un autre côté, la pauvreté et les conditions de vie plus difficiles sont aussi plus répandues à Montréal : plus de 400 000 Montréalais vivent sous le seuil de faible revenu (SFR), soit plus de 1 Montréalais sur 5. Ailleurs au Québec, c'est 1 personne sur 10 qui vit cette situation. Selon le territoire de CSSS, la proportion de personnes vivant sous le SFR varie entre 9 % et 31 %, le taux de chômage chez les parents avec enfants de 0 à 5 ans varie entre 6 % et 16 % et la population de 25 ans et plus sans diplôme d'études se situe entre 10 % et 34 %.

Comme l'illustre la figure 2, certaines sous-populations à Montréal sont plus vulnérables à la pauvreté, comme les familles monoparentales, les personnes âgées et les personnes vivant seules. Les familles monoparentales montréalaises sont dans une situation plus précaire qu'ailleurs au Québec : 29 % d'entre elles vivent sous le SFR comparativement à 15 % ailleurs au Québec.

La situation du logement à Montréal montre bien la vulnérabilité socioéconomique d'une partie importante de la population. L'accès à un logement abordable et de qualité est un élément de base pour mener une vie saine.

FIGURE 2 : PROPORTION (%) DE LA POPULATION VIVANT SOUS LE SEUIL DE FAIBLE REVENU (APRÈS IMPÔT), MONTRÉAL ET RESTE DU QUÉBEC, 2006



1. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, *Rapport du directeur de santé publique 2011. Les inégalités sociales de santé à Montréal. Le chemin parcouru*, 2e édition. Marie-France Le Blanc, Marie-France Raynault et Richard Lessard, 2012.

Or, près de 4 ménages locataires sur 10 (39 %) consacrent plus de 30 % de leur revenu au loyer, comparativement à 33 % dans le reste du Québec. Par ailleurs, c'est dans les territoires des CSSS de la Montagne, Jeanne-Mance et Lucille-Teasdale qu'on trouve le plus de logements nécessitant des réparations majeures.

Le milieu de vie : les conséquences sur la santé

Le milieu de vie (famille, réseau social, école, travail, quartier, ville, etc.) ainsi que les expériences vécues à toutes les étapes de la vie peuvent avoir des répercussions importantes sur la santé. À Montréal, on compte plus de bébés de faible poids à la naissance dans les milieux les plus défavorisés que dans les milieux les plus favorisés. En outre, le nombre d'hospitalisations chez les enfants de 0 à 5 ans des milieux les plus défavorisés est supérieur à celui des enfants des milieux les plus favorisés.

La grande majorité des Montréalais (88 %) de 15 ans et plus se perçoivent en bonne santé, comme ailleurs au Québec ; et 5 % perçoivent leur santé mentale passable ou mauvaise.

Le milieu de vie dans lequel grandissent les enfants peut déterminer les bases de leur vie d'adulte. L'état de leur développement au moment de leur entrée à la maternelle peut influencer leur réussite scolaire future. Selon une étude réalisée en 2006, près d'un enfant montréalais sur trois (35 %) est vulnérable au moment de son entrée à la maternelle (réseau public) dans au moins un domaine de son développement[2]. Cette proportion d'enfants vulnérables varie entre 29 % et 42 % d'un territoire de CSSS à un autre. Dans le réseau scolaire public, en 2008-2009, le quart des jeunes (25 %) sortent du secondaire sans diplôme ni qualification. Les jeunes issus des milieux plus défavorisés sont plus enclins à décrocher que ceux des milieux favorisés. Selon le territoire de CSSS, c'est de 11 % à 39 % des jeunes qui sortent sans diplôme ni qualification[3]. Or, comme on le sait, un jeune qui décroche risque davantage d'occuper des emplois précaires et mal rémunérés et de s'engager dans un cycle de pauvreté qui aura des répercussions sur sa propre santé et sur celle de ses enfants.

Pour certains aspects, l'environnement physique des quartiers de Montréal est favorable à la santé. Selon une étude sur l'accessibilité aux parcs et aux installations sportives[4], toutes les familles montréalaises vivent à moins de 800 mètres d'un parc avec installations sportives. Pour d'autres aspects, l'environnement physique est moins favorable. Par exemple, la disponibilité de fruits et légumes à distance de marche du lieu de résidence est inadéquate pour 40 % de la population montréalaise[5].

Les habitudes de vie : des bonnes et des moins bonnes

Les habitudes de vie sont souvent bien ancrées chez les individus et influencées par les contextes social et économique ainsi que par l'environnement urbain. Elles font partie des éléments qui peuvent influer sur la santé ou le risque de développer des maladies chroniques.

Une part importante des Montréalais a des habitudes de vie favorables à la santé. Les Montréalais sont plus actifs physiquement dans leurs déplacements quotidiens (marche, vélo, etc.) que les autres Québécois. C'est dans les quartiers centraux de Montréal qu'on trouve le plus de personnes actives. La tendance à être sédentaires dans leurs loisirs est à la baisse chez les adultes.

D'autre part, on observe chez certains Montréalais des habitudes de vie comportant des risques de développer des maladies chroniques. Selon TOPO, une récente enquête menée par la Direction de santé publique (DSP) de l'Agence, environ 21 % des Montréalais âgés de 15 à 69 ans n'atteignent pas le seuil minimal d'activité physique recommandée. Cette proportion varie entre 13 % et 29 %, dépendamment du territoire de CSSS. En outre, près de 6 % des adultes montréalais consomment de l'alcool chaque jour, une habitude plus fréquente chez les personnes de 45 ans et plus (10 %), et 15 % des adultes montréalais ont une consommation excessive d'alcool[6]. Les jeunes adultes et les hommes sont plus nombreux à consommer de l'alcool de façon excessive.

2. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, *Enquête sur la maturité scolaire des enfants montréalais. Rapport régional 2008*, coordination : Nathalie Goulet et Sylvie Lavoie, 2008. L'état de développement de l'enfant est évalué dans cinq domaines : la santé physique et le bien-être, la compétence sociale, la maturité affective, le développement cognitif et langagier ainsi que les habiletés de communication et les connaissances générales.

3. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, *Le décrochage scolaire chez les jeunes du secondaire du réseau public à Montréal*, Mahamane Ibrahima et coll., 2012.

4. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, *L'accessibilité aux parcs et aux installations sportives pour les familles montréalaises, volet 1 – Étude géomatique*, Julie Bédard et Marie Jacques, 2010.

5. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, *Les disparités dans l'accès à des aliments santé à Montréal : Une étude géomatique*, Lise Bertrand, 2006.

6. Cinq consommations ou plus pour les femmes ou six consommations ou plus pour les hommes au cours d'une même occasion au moins 12 fois pendant la dernière année.

Quoique le tabagisme y soit en baisse depuis une quarantaine d'années, Montréal est, parmi les grandes villes canadiennes, celle où l'on trouve la plus grande proportion de fumeurs. Ainsi, 19 % des Montréalais adultes fument la cigarette. Les hommes, les jeunes adultes entre 18 et 34 ans et les personnes à faible revenu sont proportionnellement plus nombreux à fumer.

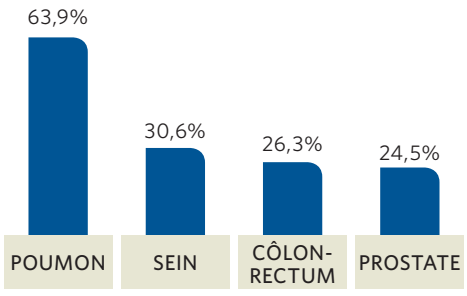
Autre conséquence des habitudes de vie moins saines : certains facteurs de risque liés aux maladies chroniques sont en augmentation depuis les 20 dernières années. Aujourd'hui, 34 % des adultes montréalais font de l'embonpoint et 16 % souffrent d'obésité. En outre, 30 % des personnes de 45 ans et plus sont atteintes d'hypertension artérielle.

Les maladies chroniques : un fardeau souvent évitable

De plus en plus de Montréalais sont touchés par une ou plusieurs maladies chroniques comme le cancer, les maladies du cœur, les maladies respiratoires et le diabète ; des maladies qui peuvent être évitées dans bien des cas.

Le cancer est en augmentation et demeure la première cause de décès au Québec. Chaque année, plus de 10 000 nouveaux cas de cancer sont diagnostiqués dans la population montréalaise, principalement le cancer du poumon, le cancer du sein, le cancer colorectal et le cancer de la prostate (figure 3). Avec près de 1 275 décès annuellement, en majorité des hommes, le cancer du poumon engendre à lui seul plus de décès que les trois autres types de cancer combinés. Fait à noter : tandis que les décès causés par le cancer du poumon diminuent chez les hommes, ils augmentent chez les femmes.

FIGURE 3 : TAUX DE MORTALITÉ PAR TYPE DE CANCER, MONTRÉAL, PÉRIODE 2007-2011



Taux pour 100 000

Les maladies du cœur, l'une des cinq principales causes de décès à Montréal et au Québec, touchent 14 % des Montréalais de 45 ans et plus. De son côté, le diabète frappe 8 % de la population montréalaise de 20 ans et plus. Plus les personnes vieillissent, plus elles sont touchées par ces maladies : ainsi, 24 % des personnes de 65 ans et plus souffrent d'une maladie du cœur et 17 % sont atteintes du diabète.

La mortalité causée par les maladies chroniques a diminué depuis les 20 dernières années. Cependant, des écarts importants de mortalité persistent entre les Montréalais selon les secteurs et les milieux socioéconomiques. Pour le cancer du poumon, le taux de mortalité chez les personnes dans la catégorie inférieure de revenu est deux fois plus élevé que celui des personnes dans la catégorie supérieure de revenu. Ce taux est une fois et demie plus important dans le cas des maladies de l'appareil circulatoire.

Vue globale

Suivant la tendance globale, l'état de santé des Montréalais s'est amélioré au fil du temps. Les Montréalais vivent plus longtemps qu'il y a 20 ans. L'espérance de vie des femmes se situe près de 84 ans et celle des hommes, près de 80 ans.

Toutefois, l'augmentation de l'espérance de vie et du pourcentage de personnes souffrant de maladies chroniques laisse présager de grands défis pour le réseau de la santé et des services sociaux. Améliorer les conditions et les habitudes de vie est assurément favorable à une population qui vit et vieillit en santé à Montréal. I.P.

Évaluer, prévoir, prévenir

TOPO

Faire le point sur l'état de santé des Montréalais

TOPO est une enquête portant sur l'état de santé des Montréalais menée auprès de quelque 10 800 personnes réparties dans l'ensemble de l'île. Pour plus de renseignements sur cette grande enquête, consulter le Portail santemontreal.qc.ca.

Rencontre d'enseignement sur les maladies chroniques au CSSS Jeanne-Mance.

Photographe : Marcel La Haye © 2013

Maladies chroniques

DES DÉFIS SUR LES PLANS DE LA PRÉVENTION ET DE LA GESTION DES SOINS

De 2005 à 2009, les cancers, les maladies cardiovasculaires, les maladies respiratoires et le diabète ont causé plus de 72 % des décès chez les 20 ans et plus à Montréal. Pour certaines maladies chroniques, les tendances sont d'ailleurs à la hausse : environ 25 000 Montréalais de plus souffrent aujourd'hui d'hypertension qu'en l'an 2000 et le diabète s'est accru de 40 %, de façon régulière, entre 1999 et 2006. Autre fait inquiétant : de plus en plus de personnes souffrent de plusieurs maladies chroniques à la fois, ce qui rend la coordination des soins et la mise en commun des différents plans de traitement plus complexes.

Devant ces défis, l'Agence a élaboré un modèle d'intervention novateur accompagné d'un plan d'action qui allie la prévention et l'organisation des soins et des services offerts aux malades chroniques. L'objectif : diminuer les effets négatifs de ces maladies sur la population montréalaise.

« Concrètement, nous voulons tout d'abord favoriser la prévention des maladies chroniques, en mettant en place des environnements sains pour l'ensemble de la population et en misant sur une détection précoce afin d'intervenir dès les premiers signes de la maladie. Nous visons également à outiller davantage les médecins généralistes en leur adjoignant des équipes interdisciplinaires composées de divers professionnels de la santé (nutritionnistes, kinésiologues, infirmières, etc.) pour les aider à assurer le suivi des patients. De plus, les patients pourront être orientés facilement vers un

LE PLAN D'ACTION MONTRÉALAIS POUR LA PRÉVENTION ET LA GESTION DES MALADIES CHRONIQUES

Il comprend cinq grandes orientations :

1. promouvoir de saines habitudes de vie dès la naissance et créer des environnements favorables à la santé ;
2. offrir un meilleur accès aux pratiques cliniques préventives ;
3. assurer l'accès à des programmes intégrés et harmonisés de gestion des maladies chroniques et favoriser l'autogestion de la maladie par la personne atteinte ;
4. assurer l'accès à des services spécialisés ;
5. mettre en place un système de surveillance, de monitorage et d'évaluation des maladies chroniques.

Le document est disponible à : agence.santemontreal.qc.ca.

programme spécialisé ou un médecin spécialiste, lorsque c'est nécessaire », explique Frédéric Abergel, directeur des affaires cliniques, médicales et universitaires à l'Agence.

En plus du programme d'enseignement sur le diabète offert dans les centres de santé et de services sociaux (CSSS) depuis 2010, les Montréalais ont maintenant accès, dans les 12 CSSS et dans 17 groupes de médecine de famille (GMF) de la région, à un programme sur le risque cardiométabolique (RCM) pour la clientèle prédiabétique, diabétique et hypertendue. Ce programme aide les personnes à changer leurs habitudes de vie et à autogérer leur maladie.

Un autre service, axé sur le repérage et le suivi des personnes présentant une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), est déjà offert dans deux CSSS et trois GMF. Ce programme sera d'ailleurs progressivement déployé sur tout le territoire montréalais d'ici mars 2015. Enfin, un programme de gestion de la douleur chronique-lombalgie est implanté dans deux CSSS.

Ce sont des efforts concrets que le réseau montréalais déploie pour aider les personnes présentant une maladie chronique à mieux vivre avec leur condition.

Soutenir individuellement les grands utilisateurs de soins

Les Montréalais atteints des maladies chroniques les plus courantes sont de grands utilisateurs de services de santé, avec une moyenne de 10 à 16 visites médicales annuelles. En 2012, 1,3 % des patients ont utilisé à eux seuls 40,7 % des interventions en CLSC. De plus, environ 15 % des lits des hôpitaux montréalais étaient occupés en permanence par des personnes ayant été hospitalisées à trois reprises et plus durant l'année. Près du tiers de ces hospitalisations étaient liées à deux maladies chroniques : les maladies respiratoires (15 %) et les maladies cardiovasculaires (14 %), une situation similaire à ce que l'on constate ailleurs au Canada.

Un des grands défis du réseau montréalais consiste justement à réduire les hospitalisations et les visites à l'urgence qui sont évitables. Dans cet esprit, l'Agence travaille avec les établissements du réseau pour identifier et mieux suivre les grands utilisateurs de soins. Ainsi, en décembre 2012, un premier groupe de 187 grands utilisateurs a été identifié. Il s'agit de personnes ayant des problèmes respiratoires, majoritairement âgées de 60 ans et plus et ayant été hospitalisées entre 3 et 11 fois au cours de l'année 2011-2012. Chacun de ces patients est maintenant suivi de façon individualisée, ce qui permet de mieux comprendre sa condition de santé, d'agir directement sur ses origines et de lui éviter des séjours à l'hôpital.

« La maladie elle-même n'explique pas à elle seule toutes les hospitalisations. Nous travaillons actuellement sur un plan d'action qui vise à améliorer les liens et la coordination des services entre les acteurs impliqués : hôpital, médecin de famille, soins à domicile, etc. Plusieurs facteurs influencent la capacité de la personne à bien gérer sa maladie et à éviter les complications. Le plan d'action est prometteur et fera certainement une différence pour ce premier groupe de 187 personnes, soutient M. Abergel. D'ailleurs, le réseau est déjà à l'œuvre pour identifier un second groupe de grands utilisateurs de services, aux prises cette fois-ci avec des problèmes cardiaques. »

Perspectives pour 2013

Les maladies chroniques présentent un défi à long terme pour les Montréalais et pour le réseau de la santé de Montréal. Les programmes intégrés de prévention et de gestion des maladies chroniques constituent l'une des solutions pour y faire face. Les développements réalisés au cours de la dernière année sont très satisfaisants et l'Agence compte accroître et diversifier l'offre de tels programmes, qui ont fait leurs preuves. Les nouveaux services prévus en 2013-2014 visent notamment la détection précoce des troubles visuels associés au diabète et le traitement de l'ostéoporose. V.A.

QU'EST-CE QU'UNE MALADIE CHRONIQUE ?

Le ministère de la Santé et des Services sociaux définit les maladies chroniques comme des maladies non contagieuses, qui se développent lentement, qui conduisent à des incapacités, qui peuvent se prolonger dans le temps et qui sont souvent incurables, mais dont un grand nombre sont évitables. Ces maladies résultent à la fois de processus normaux liés à la génétique ou au vieillissement, ainsi qu'au cumul d'un ensemble de facteurs qui interagissent tout au long de la vie. On y inclut les cancers, les maladies cardiovasculaires, les maladies respiratoires, le diabète, les maladies de l'appareil musculosquelettique, les maladies neurodégénératives, ainsi que les problèmes de santé mentale.

LUTTE CONTRE LE TABAC : PREMIER ANGLE D'ATTAQUE DES MALADIES CHRONIQUES

Au cours des trois prochaines années, la Direction de santé publique (DSP) de l'Agence a entrepris de s'attaquer aux trois principaux facteurs de risques associés aux maladies chroniques : le tabagisme, la mauvaise alimentation et la sédentarité.

Forte de son expérience et de son engagement dans la lutte au tabagisme, la DSP a choisi cette thématique comme priorité pour l'année 2013. « Malgré tout ce que l'on sait sur les méfaits du tabac, plus d'un Montréalais sur cinq est fumeur. Le taux de fumeurs à Montréal demeure l'un des plus importants parmi les grandes villes du Canada. Chaque année, trop de jeunes commencent à fumer et restent accrochés, les compagnies de tabac trouvent de nouveaux moyens pour les attirer, trop de femmes enceintes fument encore. Beaucoup de chemin reste à parcourir dans la lutte contre le tabac », explique le Dr Richard Massé, directeur de santé publique à l'Agence de Montréal qui, en février dernier, présentait *Montréal sans tabac - Plan de lutte contre le tabagisme 2012-2015* et *Montréal sans tabac – Le point sur le tabagisme*.

« La bonne nouvelle, c'est que nous ne sommes pas seuls dans la bataille. Nous nous joignons à un réseau de partenaires des milieux de l'éducation, de la santé et des services sociaux et du milieu communautaire. Nous sommes motivés et outillés pour offrir des interventions et des services de qualité, accessibles et adaptés aux besoins de la population », souligne le Dr Massé.

Dans ce plan, la prévention reste d'une importance majeure. On y prévoit la révision des actions préventives et des milieux d'intervention à privilégier et on rappelle l'importance d'effectuer des approches ciblées. La DSP propose également des actions visant la protection des Montréalais contre la fumée du tabac dans l'environnement, soit en appuyant le renforcement des mesures et des lois déjà en place ou en intégrant des interventions ciblant des groupes particuliers, par exemple : en adaptant nos stratégies au marché du tabac qui, avec un marketing bien pensé, tente d'attirer de plus en plus les jeunes avec des emballages attrayants ou des saveurs de tabac aromatisées. La dernière dimension concerne la cessation tabagique et vise à faire connaître davantage les programmes qui existent, notamment le Défi J'arrête, j'y gagne !, pour lequel la DSP a fait une importante campagne en mars 2013.

La DSP et ses partenaires redoublent donc d'efforts pour mettre en place les conditions idéales afin que la population vive dans des environnements sans fumée. « Il faut documenter davantage, se mobiliser, innover et contribuer à faire évoluer les politiques publiques », conclut le Dr Massé, dont le prochain rapport annuel portera sur la lutte contre le tabagisme.

Quelques statistiques à propos du tabagisme chez les Montréalais

26 %
LES JEUNES ADULTES MONTRÉALAIS DE **18-34 ANS** REPRÉSENTENT LE POURCENTAGE **LE PLUS ÉLEVÉ DE FUMEURS**

EN 2011, ENVIRON
8 %
DES **ÉLÈVES DU SECONDAIRE** À MONTRÉAL FUMAIENT LA CIGARETTE

PRÈS DE
7 %
DES MONTRÉALAISES **ENCEINTES** ONT FUMÉ

PLUS D'HOMMES SONT FUMEURS (25 %) QUE DE FEMMES (9 %)

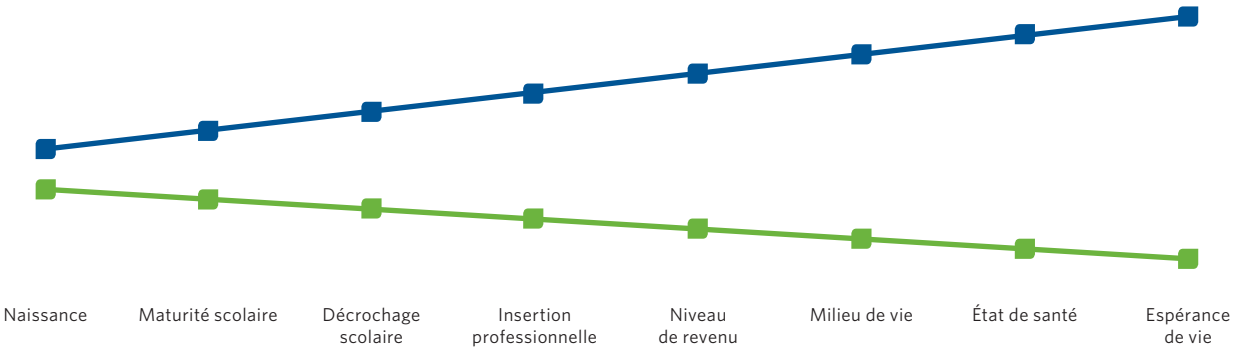
LES FUMEURS MONTRÉALAIS FUMENT EN MOYENNE
12 CIGARETTES PAR JOUR

70 %
DES FUMEURS VEULENT **ARRÊTER DE FUMER**

INÉGALITÉS SOCIALES : DES EFFETS RÉELS SUR LA SANTÉ

La santé des Montréalais s'est améliorée au cours des dernières années. C'est en soi une bonne nouvelle, mais les inégalités sociales de santé (ISS) demeurent très présentes dans la métropole et sont une priorité du directeur de santé publique de l'Agence, le Dr Richard Massé.

« Les ISS affectent la santé des plus vulnérables de notre société, où une personne sur cinq vit dans la pauvreté », soutient le Dr Richard Massé. Ainsi, une enfance vécue dans un contexte de vulnérabilité a des conséquences jusque dans l'espérance de vie d'une personne. Les risques de développer du diabète, des maladies cardiovasculaires, l'asthme et le cancer sont plus importants chez les personnes vulnérables sur les plans économique et social. La responsable scientifique du *Rapport du directeur de santé publique 2011* sur les ISS et directrice du Centre Léa-Roback, la Dre Marie-France Raynault, y voit une raison pour expliquer que, d'un quartier montréalais à l'autre, l'espérance de vie peut varier de 10 ans.



Des pistes de solutions

Favoriser la bonne santé et l'épanouissement de près de deux millions de personnes n'est pas une mince tâche. Pourtant, c'est un défi que se lance le directeur de santé publique de Montréal ! Comment ? En influençant les politiques publiques, en mobilisant tous les partenaires qui ont à cœur l'égalité de santé entre les riches et les pauvres et en évaluant les interventions réalisées à partir du critère d'équité. S'unissant à cette orientation, la Dre Raynault ajoute : « Les inégalités sociales sont évitables et, connaissant leur effet néfaste sur la santé, il est de notre responsabilité collective d'agir pour les réduire. » S.T. et L.C.

QUE SONT LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ ?

Les inégalités sociales de santé peuvent être définies comme des écarts de santé évitables entre divers groupes de la population, selon leurs conditions socioéconomiques. Des écarts importants observés entre les conditions de vie des individus, notamment en matière de revenu, de logement, d'emploi, d'éducation, d'alimentation et d'accès aux soins, ont un effet direct sur leur santé et leur espérance de vie.

LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES : DES PARTENAIRES ESSENTIELS

En 2012-2013, l'Agence a soutenu l'action de 648 organismes en leur allouant une somme de 120,9 millions de dollars.

Les organismes communautaires montréalais jouent un rôle essentiel dans l'amélioration de la santé et du bien-être de la population. Les services qu'ils offrent sont complémentaires à ceux des établissements publics. Ils desservent surtout les personnes les plus vulnérables, principalement les personnes qui vivent et subissent des inégalités qui les empêchent plus ou moins de maintenir ou d'améliorer leur santé ; celles parmi les plus défavorisées économiquement. Il s'agit principalement de femmes, de personnes à faible revenu, de personnes sans emploi, de personnes bénéficiant de l'aide sociale et de personnes vivant seules ; certaines combinant plusieurs de ces conditions, par exemple une femme qui vit seule et qui présente un problème de logement.

Pour connaître la liste complète des organismes subventionnés par l'Agence, on peut consulter l'annexe 5.

POUR EN SAVOIR PLUS…

Pour plus d'information sur les inégalités sociales de santé à Montréal, lire le rapport du directeur de santé publique sur le sujet.

URGENCES MONTRÉALAISES : AMÉLIORER L'ACCÈS PAR LE DÉVELOPPEMENT DES SERVICES GÉNÉRAUX DANS LA COMMUNAUTÉ

La gestion des salles d'urgence est souvent au premier plan de l'actualité. Bien que des améliorations aient été observées pour l'année 2012-2013, quelques urgences montréalaises présentent encore des taux d'occupation élevés. Pour diminuer la pression, les gestionnaires des salles d'urgence redoublent d'efforts et mettent en place une série de mesures qui portent fruit, mais la solution passe également par le développement de services de santé généraux dans la communauté, ou services de première ligne.

Des actions concrètes pour améliorer les urgences

« Chaque jour, l'Agence suit de près et analyse les données provenant de chacune des salles d'urgence montréalaises. Nous travaillons en collaboration avec les établissements afin d'implanter des projets visant la révision des processus et l'adoption de meilleures pratiques de gestion à l'urgence pour diminuer le temps d'attente et la durée de séjour », précise Danielle McCann, présidente-directrice générale de l'Agence. Toutefois, au-delà de la continuité des efforts déployés, l'atteinte de ces objectifs dépend aussi de la réussite de plusieurs mesures, dont :

- l'amélioration de l'accès aux services de santé généraux, entre autres pour la prévention et le suivi des maladies chroniques ;
- le développement des groupes de médecine de famille (GMF) et des cliniques-réseau (CR) ;
- la libération des lits par des personnes n'ayant plus besoin de soins hospitaliers (ex. : personnes âgées en attente d'une place d'hébergement) ;
- la mise en place de l'approche adaptée à la personne âgée à l'urgence et dans les unités des soins.

Si l'on compare l'année 2012-2013 à l'année précédente, la situation dans les salles d'urgence de Montréal s'est améliorée. On constate, en effet, une baisse de la durée moyenne des séjours sur civière et du pourcentage des séjours de plus de 24 heures et de 48 heures. Néanmoins, pour parvenir à atteindre les objectifs que le réseau s'est fixés, les différents efforts mis en place doivent être maintenus.

Le nombre de visites enregistrées dans les salles d'urgence de Montréal a aussi connu une légère baisse comparativement à l'année 2011-2012. La situation la plus difficile a eu lieu durant les premières semaines de l'hiver, où l'on a constaté un achalandage accru dans les urgences en raison d'une augmentation du nombre de patients arrivés par ambulance combinée à l'arrivée précoce de la grippe. L'Agence a alors demandé à ses établissements de mettre en place des mesures exceptionnelles pour assurer la prise en charge adéquate des patients. Il s'agit, par exemple, de reporter les chirurgies non urgentes et d'intensifier les liens avec les centres de santé et services sociaux (CSSS) pour le suivi de patients à domicile, le tout en s'assurant que les patients prioritaires dans les urgences reçoivent des soins de qualité comme à l'habitude.

Crédit : Institut universitaire en santé mentale de Montréal

En 2012-2013, Info-Santé a traité 768 457 appels, avec un délai moyen d'attente de moins de 4 minutes dans 67 % des cas.

Faciliter l'accès aux consultations médicales et aux médecins de famille

Le développement des groupes de médecine de famille, des cliniques-réseau et des cliniques-réseau intégrées (CRI) compte parmi les solutions mises en place afin de faciliter l'accès aux soins et aux services. Les premiers GMF et cliniques-réseau ont ouvert leurs portes respectivement en 2003 et 2005. Depuis, il s'agit d'une priorité pour l'Agence de Montréal et on compte aujourd'hui 41 GMF, 30 CR et 4 CRI sur le territoire. L'Agence est impliquée dans les processus d'obtention et de renouvellement de contrat de ces cliniques et s'assure qu'elles respectent les conditions et, par le fait même, répondent aux objectifs définis pour chacun de ces modèles d'organisation.

LES URGENCES MONTRÉALAISES EN CHIFFRES

- Montréal compte 22 salles d'urgence, dont 3 spécialisées en soins psychiatriques et 2 en soins pédiatriques ;
- 838 994 visites ont été enregistrées dans les salles d'urgence de Montréal en 2012-2013 ;
- 34 % des hospitalisations enregistrées par les établissements montréalais concernaient des patients non montréalais, ce qui contribue à l'engorgement des urgences.

L'URGENCE : EN CAS D'URGENCE SEULEMENT !

Avant de vous rendre à l'urgence :

1. Communiquez avec Info-Santé en composant le 811 : pour des conseils sur un problème de santé et pour savoir quand et qui consulter. Tous les jours de l'année, 24 heures sur 24.
2. Appelez votre médecin ou rendez-vous dans une clinique-réseau : ces cliniques sont ouvertes 12 heures par jour en semaine et 8 heures par jour la fin de semaine et les jours fériés pour des services sans rendez-vous, avec accès à des services de prélèvements et de radiologie.
3. Appelez le 911 : si la vie d'une personne est en danger, appelez le 911 ou rendez-vous à la salle d'urgence la plus proche.

« Les GMF sont une formule gagnante qu'il faut populariser davantage. Le concept des GMF vise à rendre les médecins de famille plus disponibles grâce, entre autres, au partage des activités avec les infirmières, au financement accordé pour fournir du soutien informatique et administratif, ainsi qu'à la création de liens entre le médecin et les services offerts par les CSSS et les hôpitaux. Quant aux cliniques-réseau, elles sont idéales pour les urgences de santé mineures, explique Danielle McCann. En développant davantage la première ligne, nous offrons d'autres options à la population, qui peut alors consulter ailleurs qu'à l'urgence. »

Toujours dans le but de faciliter l'accès aux soins et aux services, un guichet d'accès pour la clientèle orpheline (GACO, destiné aux personnes qui n'ont pas de médecin de famille) est en place dans chacun des 12 CSSS du territoire montréalais. En 2012-2013, 87 426 personnes ont été référées à un médecin de famille grâce à ce service.

« D'autres initiatives en cours aideront également à continuer à améliorer la situation dans les urgences, notamment l'augmentation des services de soutien à domicile et le déploiement de programmes de gestion des maladies chroniques par les CSSS, l'arrivée des infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne et la mise en place d'ordonnances collectives. Nous sommes convaincus que le développement de la première ligne est l'avenue à emprunter, c'est pourquoi nous en avons fait une priorité », conclut Danielle McCann. M.-J.T.

LE SAVIEZ-VOUS ?

Le Portail santemontreal.qc.ca contient une foule de renseignements pour vous aider à vous diriger dans le réseau de la santé montréalais.

Crédit : Élise Bambins

RÉORGANISER LES SERVICES POUR LES ADAPTER DAVANTAGE AUX PERSONNES AYANT DES BESOINS PARTICULIERS

Comme partout au Québec, le réseau de la santé et des services sociaux montréalais procède à des transformations majeures afin de mieux desservir et d'améliorer l'accès aux services pour certaines clientèles qui ont des besoins particuliers, notamment les personnes aînées, celles aux prises avec un problème de santé mentale et celles qui présentent une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement. Voici un aperçu des développements en cours.

Prendre soin des aînés montréalais : chez soi, le plus longtemps possible

À Montréal, les personnes de 65 ans et plus représentent 16 % de la population. Plusieurs d'entre elles vivent seules et n'ont pas de véritable soutien familial. Souvent, ces personnes sont également aux prises avec des problèmes de santé complexes. Malgré tout, la majorité d'entre elles désirent rester dans leur propre foyer, et ce, le plus longtemps possible. Sensible à cette réalité, le réseau travaille à organiser les services de façon à mieux répondre à leurs besoins.

« Pour l'Agence, la mise en place des meilleures conditions pour permettre aux aînés montréalais de vieillir chez eux le plus longtemps possible est une priorité. C'est pour cette raison que nous misons sur l'augmentation des services de soutien à domicile », explique Danielle McCann, présidente-directrice générale de l'Agence de Montréal.

Comme le démontre le tableau suivant, les projets d'optimisation en cours dans les CSSS de la région ont permis des améliorations notables, permettant à plus d'aînés de recevoir des services à la maison et aussi d'en recevoir plus fréquemment :

SOUTIEN À DOMICILE	2012-2013	2011-2012	VARIATION
Nombre total de personnes desservies	53 899	51 028	↑ 6 %
Nombre total d'interventions	2 230 929	1 973 076	↑ 13 %
Nombre total en heures de services directs	1 864 539	1 682 600	↑ 11 %

Parallèlement, la région est résolument engagée dans le déploiement des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) et des programmes d'aide aux proches aidants. « De plus, nous avons la chance de pouvoir compter sur un institut spécialisé, un lieu d'excellence qui possède une expertise de pointe en santé de la personne âgée. L'Institut universitaire de gériatrie de Montréal a d'ailleurs contribué, avec d'autres partenaires, à élaborer l'approche adaptée à la personne âgée actuellement en implantation dans tous les hôpitaux montréalais », souligne Danielle McCann. Cette approche vise à ce que les aînés gardent la forme durant leur séjour à l'hôpital. On estime, en effet, que l'absence d'activité physique durant une hospitalisation, en raison du repos au lit, entraîne une réduction de 5 % par jour de la force musculaire chez la personne âgée, comparativement à 1,5 % chez le jeune adulte.

Lorsque les services de soutien à domicile ne suffisent plus : des services d'hébergement sont offerts

Lorsque l'état de santé d'une personne ne lui permet plus de rester à domicile, il est alors temps de considérer les services d'hébergement. Au cours des dernières années, l'offre de service en hébergement s'est grandement diversifiée à Montréal. En 2012-2013, 3 nouvelles ressources intermédiaires ont ouvert leurs portes ; ce qui représente 349 places additionnelles pour les aînés en perte d'autonomie. Une ressource intermédiaire est un milieu de vie adapté aux besoins de personnes qui sont en perte d'autonomie légère ou qui ont besoin d'aide ou de soutien dans leurs activités quotidiennes (de une à trois heures de soins par jour). Bien qu'administrée par un promoteur privé, toute ressource intermédiaire est liée à un CSSS qui y assure les soins. Montréal dispose maintenant de 1 335 places de ce type d'hébergement.

D'autre part, beaucoup d'efforts sont effectués pour rehausser les soins offerts en centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). En effet, les CHSLD sont généralement réservés aux personnes en lourde perte d'autonomie, qui ont besoin de plus de services en intensité et en complexité. Ainsi, 300 places de plus sont maintenant accessibles pour cette clientèle. « Ces améliorations s'ajoutent à des projets de rénovation importants réalisés pour respecter l'approche milieux de vie en CHSLD, comme l'élimination des chambres multiples, la climatisation des pièces, l'ajout d'aires communes », précise la PDG de l'Agence de Montréal.

Le séjour en milieu hospitalier

Parallèlement, l'Agence travaille à améliorer le cheminement des personnes âgées dans le réseau de la santé de même que l'offre de service avant, pendant et après l'hospitalisation. Ainsi, un projet-pilote, visant à favoriser le désengorgement des salles d'urgence durant l'hiver, une période particulièrement névralgique, a obtenu d'excellents résultats en ce sens : en intensifiant les services offerts par le CSSS de même qu'en augmentant l'accès au soutien à domicile et à des équipements spécialisés, 465 personnes âgées ont pu retourner chez elles plus rapidement à la suite d'une hospitalisation, ou tout simplement demeurer dans leur milieu de vie en attendant une place d'hébergement, plutôt que de se retrouver à l'urgence. Cette mesure a de plus permis aux salles d'urgence de concentrer leurs efforts sur les patients nécessitant des soins critiques.

LE SOUTIEN À DOMICILE

Les services de soutien à domicile offerts aux aînés peuvent comprendre des services médicaux et infirmiers, des services psychosociaux, de réadaptation et de nutrition, des services d'aide à domicile, des soins palliatifs et du soutien au deuil, des services aux proches aidants ainsi que des services de référence aux ressources d'hébergement.

QU'EST-CE QUE LE RSIPA ?

L'objectif des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) est d'assurer une bonne coordination de l'ensemble des soins et services offerts à la clientèle âgée et aux proches aidants par les différents partenaires, qu'ils soient issus des réseaux public, privé ou communautaire. Grâce à l'outil informatique développé pour soutenir le réseau de la santé dans ce projet (solution informatique RSIPA), les intervenants peuvent avoir accès rapidement à une foule de renseignements à jour et de qualité sur les usagers et leur santé pour mieux évaluer les soins et les services à leur offrir.

■ L'Agence a traité plus de 5 000 demandes d'hébergement au cours de l'année.

Santé mentale : des services plus accessibles

Pour assurer des services de santé mentale plus accessibles, l'Agence et les établissements du réseau travaillent sur plusieurs fronts. Chacun des 12 CSSS a aujourd'hui son guichet d'accès en santé mentale (adultes et jeunes) et les équipes de première ligne en santé mentale dans les CSSS pour les jeunes et les adultes sont presque entièrement

constituées (respectivement à 89 % et 82 %). D'ailleurs, en 2012-2013, le nombre de personnes ayant reçu des services de santé mentale de première ligne en CSSS a augmenté de 13 %, soit 2 000 usagers de plus qu'en 2011-2012.

Des progrès ont également été observés dans le développement des ressources résidentielles. 2012-2013 aura permis d'initier un projet d'envergure : il s'agit de la transformation de deux étages du Centre d'hébergement de Louvain du CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord en une unité de 31 lits pour des personnes présentant des problèmes de santé mentale et nécessitant un hébergement de longue durée. Toujours du côté des ressources résidentielles, les travaux de mise en place d'un mécanisme d'accès régional unifié se poursuivent avec les deux instituts universitaires en santé mentale de la région.

Enfin, l'Agence a investi beaucoup d'efforts dans la formation en prévention du suicide. En tout, 734 intervenants des CSSS ont été formés pour intervenir auprès des personnes à risque suicidaire, 140 gestionnaires ont pris part à des ateliers de travail pour améliorer l'accessibilité et la continuité des services de la première à la troisième ligne, et 12 comités locaux ont été mis sur pied pour préparer les plans d'action de chaque CSSS en matière d'organisation des services en prévention du suicide. M.B.-R.

DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT (DI-TED) : DES SERVICES PLUS ADAPTÉS ET MIEUX COORDONNÉS

À Montréal, environ 66 000 personnes vivent avec une déficience intellectuelle (DI) ou un trouble envahissant du développement (TED). Selon les données officielles , la proportion d'enfants d'âge scolaire ayant un TED serait plus importante à Montréal que dans les autres régions du Québec.

Tenant compte de cette réalité, l'Agence s'est dotée d'un plan d'action visant à mieux répondre aux personnes présentant une DI ou un TED. Parmi ses priorités : l'accessibilité aux services et la mise en place de services coordonnés entre les différents partenaires impliqués, tels les établissements du réseau de la santé et des services sociaux, les écoles, les organismes communautaires, etc.

Ainsi, l'année 2012-2013 a été marquée par une augmentation significative de la prise en charge par les CSSS des personnes présentant un DI-TED, soit une hausse de 47 % pour celles dont l'état de santé est jugé de niveau « urgent » et de 71 % pour celles dont le niveau de priorité est jugé « élevé ».

Parallèlement, pour favoriser le développement et la réussite des jeunes d'âge scolaire qui, en raison d'une difficulté ou d'une déficience, requièrent les services provenant de plusieurs disciplines et secteurs, l'Agence a continué à travailler avec ses partenaires de l'éducation afin d'outiller les intervenants pour offrir à ces personnes un « plan de services individualisé et intersectoriel » (PSII).

Pour le jeune et ses parents, les avantages sont multiples, notamment en ce qui a trait au fait d'être parties prenantes des décisions qui les concernent et de bien connaître le rôle de chacun des organismes desquels ils reçoivent des services. Ils n'ont pas à frapper à plusieurs portes ou à faire des « allers-retours ». Les PSII facilitent l'accès aux services et contribuent à la diminution du nombre d'évaluations et du nombre de fois où la famille doit répéter son « histoire » à des intervenants différents.

FUSION DE TROIS DES CINQ CENTRES MONTRÉALAIS DE RÉADAPTATION EN DI-TED

En juin 2011, trois centres de réadaptation en déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement (les centres de réadaptation Gabrielle-Major, Services de réadaptation l'Intégrale et Lisette-Dupras) ont uni leurs forces pour devenir le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de Montréal. Il s'agit aujourd'hui du plus important établissement de réadaptation en DI-TED du Québec. La mise en commun des ressources de ces trois centres rejoint directement les objectifs poursuivis par l'Agence : elle permet d'améliorer l'accessibilité des services et facilite la collaboration et la coordination des efforts entre les centres de réadaptation, les CSSS, les commissions scolaires, les organismes communautaires et les autres partenaires de la région de Montréal.

OPTIMISER : POUR MIEUX SERVIR LA POPULATION

L'optimisation : il s'agit d'une priorité pour laquelle l'Agence s'est engagée, auprès du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), à mettre en chantier 26 projets, en plus d'autres projets montréalais visant l'amélioration de la performance des établissements.

En fixant à 5 % la croissance du financement alloué à la santé et aux services sociaux, le gouvernement exige du réseau d'améliorer sa performance. L'orientation est claire : un système de santé plus performant sans affecter les services offerts à la population. L'effort demandé aux établissements est important ; on parle même d'un véritable défi !

Qu'ils soient à la phase d'étude de faisabilité, de planification ou en réalisation, tous les projets d'optimisation font l'objet d'un travail intense. Le plus avancé de ceux-ci, dans tous les CSSS montréalais, est le projet d'optimisation des services de soutien à domicile. Les différents efforts d'organisation du travail ont, en effet, permis au 31 mars 2013 de dépasser la cible fixée et d'offrir près de 3,1 millions d'heures en soutien à domicile à la population montréalaise. Ainsi, les personnes âgées en perte d'autonomie et celles présentant une déficience physique, intellectuelle ou un trouble envahissant du développement ont, en 2012-2013 comparativement à l'année 2011-2012, vu augmenter de plus de 165 000 le nombre d'heures des services à domicile qu'elles ont reçus.

Par ailleurs, depuis plusieurs années, l'Agence et le réseau montréalais demeurent hautement préoccupés par l'utilisation de la main-d'œuvre indépendante (MOI) et ont mis en place une multitude de moyens permettant de parvenir à une réduction de celle-ci. Les efforts déployés par la région de Montréal portent fruit. Une diminution significative est observée et les cibles de réduction fixées pour 2014-2015 par le MSSS devraient être atteintes. L'objectif ultime demeure la fin du recours à la main-d'œuvre indépendante à Montréal.

Un autre projet d'optimisation touche les services de laboratoire de biologie médicale. Celui-ci comporte trois volets, soit la réorganisation des services sur le territoire, l'évaluation de la pertinence des tests demandés ainsi que la révision du financement des laboratoires dans une perspective d'efficience. Avec ce grand projet d'optimisation, les Montréalais profiteront d'une mise en commun de l'expertise de pointe dans cinq établissements, tout en continuant d'avoir accès à des tests urgents dans leur hôpital de proximité. L'Agence de Montréal est la première agence régionale à proposer un modèle qui permettra au réseau de se donner les moyens de faire face aux changements technologiques et de s'adapter à l'évolution de la pratique médicale en laboratoire.

Plusieurs autres sujets font l'objet de projets d'optimisation. En somme, ce sont des chantiers importants et complexes, mais essentiels pour s'adapter à l'évolution de la demande. Ils continueront au cours des prochaines années à mobiliser le réseau. L.C.

Pour en savoir plus sur la réduction de la main-d'œuvre indépendante à Montréal, lire l'article « Relever les défis de pénurie de main-d'œuvre » à la page 26.

POUR EN SAVOIR PLUS…

Pour en savoir davantage sur les chantiers d'optimisation en cours, on peut consulter l'annexe 3.

LE BUDGET DU RÉSEAU MONTRÉALAIS 2012-2013

Parmi ses responsabilités, l'Agence doit répartir le budget alloué au réseau montréalais par le MSSS. Ce budget, qui représentait 6,2 milliards de dollars en 2012-2013, a notamment servi à financer les soins et les services à la population, la gestion des bâtiments et des équipements, de même que l'administration et les différents services de soutien des établissements publics. Des sommes ont également été allouées pour financer certains services dans les établissements privés conventionnés et des subventions ont été accordées aux organismes communautaires et à d'autres types d'organismes de la région.

Le tableau suivant résume la façon dont le budget 2012-2013 a été réparti à Montréal :

Montant de l'enveloppe budgétaire régionale (nette)	**6 204 M$**
Affectation de l'enveloppe budgétaire régionale	
Allocation aux établissements	5 995,96 M$
Allocations aux organismes communautaires	113,47 M$
Allocations à d'autres organismes	28,98 M$
Allocations régionales attribuées à l'Agence	46,8 M$
Programme d'externat soins infirmiers OIIQ	0,14 M$
Divers comptes à payer	19,41 M$

Mise en garde : ce tableau n'est pas un état financier officiel, il s'agit d'un sommaire pour faciliter la compréhension. Pour tout savoir sur les finances du réseau montréalais, on peut consulter l'annexe 5.

AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ : UNE PRIORITÉ !

Au cours des dernières années, l'Agence a réalisé plusieurs avancées en matière de gestion intégrée de la qualité des soins et services offerts à la population. La mise en place de structures et de processus organisationnels consacrés à la qualité ainsi que le suivi de différents mécanismes de surveillance, internes et externes, ont pour objectif d'assurer le respect des droits des usagers et l'amélioration continue de la qualité dans le réseau montréalais.

Une des responsabilités de l'Agence est de soutenir et d'encadrer les établissements dans l'application de mesures visant la qualité des soins et services offerts à la population. Plus particulièrement, si on pense aux services aux aînés, les visites d'appréciation de la qualité et la certification des résidences privées figurent parmi les moyens dont l'Agence dispose pour veiller à ce que toute personne résidant dans un milieu d'hébergement puisse bénéficier de services adéquats et d'un environnement physique de qualité ; un vrai milieu de vie !

D'AUTRES ÉTABLISSEMENTS FONT AUSSI L'OBJET DE VISITES MINISTÉRIELLES

En plus des **CHSLD** publics, privés conventionnés et privés non conventionnés, d'autres établissements sont visités par le MSSS :

- Les **ressources intermédiaires et de type familial** (RI-RTF), destinées aux jeunes en difficulté, aux personnes présentant une déficience physique ou intellectuelle, aux personnes touchées par des problèmes de santé mentale et aux personnes âgées en perte d'autonomie.
- Les **centres jeunesse** pour le volet de l'application de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ) et le volet des centres de réadaptation dans les centres jeunesse.

QUELQUES ÉLÉMENTS ÉVALUÉS LORS DES VISITES MINISTÉRIELLES

- L'offre de service, la qualité des soins et les compétences du personnel.
- La sécurité, les équipements adaptés à la clientèle, la prévention et le contrôle des infections ainsi que les mesures pour l'implantation de l'approche milieu de vie.
- L'environnement physique.

Les visites d'appréciation de qualité

L'Agence participe à toutes les visites d'évaluation de la qualité réalisées par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et en assure le suivi.

L'Agence de Montréal a notamment mis sur pied une équipe entièrement dédiée au suivi de la qualité en centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Depuis septembre 2012, chacun des établissements s'est vu attitrer un répondant de cette équipe, avec pour mandat d'assurer le suivi intégré de l'ensemble des recommandations issues des visites ministérielles de même que celles du coroner et du Protecteur du citoyen. Cette équipe collabore également au processus de priorisation des visites en élaborant le portrait de chacun des établissements et de ses installations.

Cette nouvelle façon de travailler avec les établissements comporte plusieurs bénéfices : elle permet un meilleur suivi et rend plus optimale la recherche de solutions centrées sur les besoins des résidents, en plus de favoriser une relation de confiance et un meilleur partenariat entre les acteurs impliqués. En outre, elle améliore l'encadrement des établissements qui présentent certaines difficultés et, s'il y a lieu, facilite le processus de révocation de permis lorsqu'une situation est jugée inacceptable dans un établissement.

En 2012-2013 :

- 17 CHSLD ont reçu une visite ministérielle, pour laquelle l'Agence a par la suite effectué un suivi et s'est assuré du respect du plan d'amélioration ;
- 7 ont été visités dans le cadre de suivi d'un rapport de coroner ;
- 2 ont été visités pour suivi du Protecteur du citoyen ;
- 18 ont été visités relativement à la qualité des soins et à la sécurité du milieu de vie ;
- 1 CHSLD a fait l'objet d'une demande de révocation de permis, qui a été acceptée par le MSSS.

La certification des résidences privées pour aînés

Tel que prescrit par la loi, il y a quelques années, l'Agence de Montréal a mis en place une équipe chargée de coordonner la certification des résidences privées pour aînés. Son travail consiste à accompagner les exploitants lors de l'ouverture d'une résidence privée pour aînés, du renouvellement de leur certification ou lorsque la résidence change de propriétaire.

« Le certificat est le gage d'un milieu de vie sain, confortable et sécuritaire pour les personnes hébergées, souligne Patrick Murphy-Lavallée, directeur des programmes-services. Tout comme l'Agence, les propriétaires ont à cœur la qualité des services offerts aux aînés. » Un certificat de conformité est valide pour trois ans. Durant cette période, l'Agence s'assure que l'exploitant maintient la conformité aux conditions de la certification. En tout temps, l'Agence peut visiter la résidence, faire les vérifications qui s'imposent et demander les correctifs appropriés.

Au 31 mars 2013, 220 des 250 résidences pour aînés de la région de Montréal étaient certifiées, ce qui représente un taux de 88 %. Les 30 autres résidences étaient soit en processus de renouvellement de certification (19), en suivi pour une première certification (7) ou encore en activité sous une attestation temporaire (4).

Depuis le 13 mars 2013, de nouvelles dispositions encadrent le processus de certification. L'Agence est responsable d'informer et d'accompagner les exploitants des résidences dans l'application des changements. L'année 2013-2014 sera donc consacrée à la mise en place de ce nouveau règlement.

Consulter la liste complète des résidences privées certifiées sur le Portail santemontreal.qc.ca. M.B.-R. et R.-M.A.

SPHÈRES VISÉES PAR LES NORMES DE CERTIFICATION

- **Santé et sécurité des résidents** : procédures d'urgence, système d'appel à l'aide obligatoire, encadrement des personnes ayant des troubles de comportement, respect d'un seuil minimal de personnel, etc.
- **Personnel de la résidence** : formation du personnel et vérification de ses antécédents judiciaires et de ceux des bénévoles.
- **Information transmise aux résidents** : processus de plainte, clarté du bail de location, etc.
- **Visites et accès à des services de santé et services sociaux** : aménagement des lieux et accès à des intervenants de santé et services sociaux.
- **Alimentation et loisirs** : loisirs adaptés aux besoins des personnes aînées et repas qui respectent les recommandations du Guide alimentaire canadien.

LA QUALITÉ ET SON ÉVALUATION

La qualité est définie à partir de normes administratives, cliniques et professionnelles reconnues, et son évaluation repose sur la mesure du degré d'atteinte de ces normes. Les actions porteuses de qualité réfèrent à ce qui est incontournable en matière de valeurs, de philosophie de gestion, d'orientations et de bonnes pratiques.

Actuellement, ces actions sont principalement définies à partir d'évaluations ou de recommandations émises par différentes instances concernant la dispensation des soins et des services. En effet, l'Agence de Montréal suit quotidiennement des dossiers qualité de multiples provenances, notamment :

- la surveillance du régime d'examen des plaintes des établissements ;
- les comités d'usagers et de résidents des établissements ;
- le processus d'agrément des établissements ;
- les recommandations du Curateur public, du Bureau du coroner et du Protecteur du citoyen ;
- les rapports et recommandations des visites ministérielles d'appréciation de la qualité ;
- le suivi des rapports annuels de gestion ou d'activités des établissements ;
- le système d'information sur la sécurité des soins et des services des établissements ;
- les formations en matière de gestion sécuritaire des soins et de services.

RELEVER LES DÉFIS DE PÉNURIE DE MAIN-D'ŒUVRE DANS LE RÉSEAU EN AMÉLIORANT L'ORGANISATION DU TRAVAIL ET LA PRESTATION DES SERVICES

Le réseau montréalais compte près de 91 500 employés : des infirmières, des inhalothérapeutes, des préposés aux bénéficiaires, des pharmaciens, du personnel de l'administration, des électriciens, des plombiers et plus encore ; et plusieurs de ces métiers sont en pénurie de personnel. Parmi ses responsabilités, l'Agence de Montréal doit veiller à l'équilibre entre l'effectif requis et disponible et l'utilisation optimale de ses compétences, et ce, dans une perspective d'assurer l'accès et la qualité des soins et services. Pleins feux sur des actions prometteuses !

Dans le cadre de son Plan d'action sur la disponibilité de la main-d'œuvre, l'Agence, en collaboration avec les établissements, agit à la fois sur l'attraction, la rétention et l'intégration du personnel ainsi que sur l'optimisation de la contribution de chaque groupe d'employés dans l'organisation du travail. Plusieurs mesures sont mises en place, dont la réduction de la main-d'œuvre indépendante, l'accroissement du nombre d'infirmières praticiennes spécialisées et le recrutement de cliniciens diplômés à l'étranger.

Réduire la main-d'œuvre indépendante

L'un des chantiers que l'Agence a entrepris consiste à réduire le recours à la main-d'œuvre indépendante (MOI), une pratique qui a cours dans certains établissements pour pallier une importante pénurie d'effectifs. L'utilisation de la MOI concerne principalement les infirmières, les infirmières auxiliaires et les préposés aux bénéficiaires. Ainsi, en plus de collaborer avec le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) dans une démarche auprès de 15 établissements montréalais parmi les plus importants utilisateurs de MOI, l'Agence accompagne, de façon individuelle, 11 centres d'hébergement dans des projets visant l'optimisation des pratiques cliniques, le développement des compétences, les pratiques de gestion ainsi que la stabilisation des équipes de travail.

Les efforts déployés jusqu'ici portent fruit, particulièrement dans le cas des infirmières auxiliaires et des préposés aux bénéficiaires : non seulement l'utilisation de la MOI a baissé

MIEUX RECRUTER ET MIEUX INTÉGRER LA MAIN-D'ŒUVRE IMMIGRANTE : UNE SOLUTION POUR RÉDUIRE LA MOI !

L'Agence a entrepris plusieurs actions afin d'augmenter le recrutement, la rétention et l'intégration des infirmières formées à l'extérieur du Québec. D'autres démarches sont par ailleurs en cours pour favoriser l'embauche et l'intégration de médecins diplômés à l'étranger.

POURCENTAGE D'UTILISATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE INDÉPENDANTE À MONTRÉAL EN 2012-2013

	Résultats 2012-2013	Objectifs 2012-2013	Cibles 2014-2015
Infirmières	4,83 %	5,17 %	4,18 %
Infirmières auxiliaires	2,21 %	2,94 %	2,42 %
Préposés aux bénéficiaires	1,43 %	2,36 %	2,11 %

sur le plan régional, elle a même déjà dépassé l'objectif cible pour 2014-2015 (voir le tableau « Pourcentage d'utilisation de la main-d'œuvre indépendante à Montréal en 2012-2013 »). Cependant, le recours à la MOI infirmière dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) continue d'augmenter ; tendance que l'Agence souhaiterait voir diminuer en 2013-2014.

Les infirmières praticiennes spécialisées : améliorer l'accessibilité des services de première ligne

En 2012-2013, la région de Montréal s'est vu octroyer 57 postes d'infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne (IPS-SPL) sur un total de 118 postes qui seront financés par le MSSS d'ici 2017. Souvent appelées « super-infirmières », les IPS-SPL peuvent réaliser certaines activités médicales auprès de patients de tous âges. Elles peuvent notamment prescrire certains médicaments et examens diagnostiques et effectuer certains traitements médicaux, comme des sutures de plaies ou des drainages d'abcès. Elles peuvent également assurer les suivis de grossesse jusqu'à 32 semaines ainsi que les suivis de l'état de santé de patients aux prises avec des problèmes de santé courants ou des maladies chroniques diagnostiquées. L'implantation de cette nouvelle fonction dans les établissements de santé permettra d'améliorer l'accessibilité des soins et des services.

En collaboration avec les établissements et afin de les soutenir dans l'implantation de ces nouveaux postes, l'Agence a mis en place une série de mesures. Elle a notamment entrepris une tournée des universités du Québec afin d'attirer les étudiantes finissantes du programme IPS-SPL dans les établissements montréalais. Elle a aussi lancé des groupes de travail afin d'assurer la répartition des postes financés par le MSSS en fonction des besoins de prise en charge de la population et de soutenir le changement des pratiques dans les établissements de façon à permettre une meilleure intégration des IPS-SPL à leur entrée en fonction. Il s'agit aussi d'augmenter le nombre de places de stage et celui des diplômés en vue de combler les postes. Enfin, l'Agence a également créé un salon virtuel de l'emploi, qui présente les différents lieux de pratique aux futures IPS-SPL ainsi que les postes disponibles en temps réel et de manière géolocalisée. On peut le visiter sur : emplois.santemontreal.qc.ca. C.D. et R.-M.A.

EMPLOIS.SANTEMONTREAL.QC.CA : UNE VITRINE QUI A DU SUCCÈS !

La notoriété du site emplois.santemontreal.qc.ca ne cesse d'augmenter, avec plus de 4 000 offres d'emplois affichées chaque année par les établissements de santé de Montréal. Chaque mois, il est consulté par plus de 30 000 chercheurs d'emploi. Ce site a d'ailleurs été complètement revampé en 2012-2013 afin de faciliter l'expérience des candidats potentiels. La nouvelle version devrait être lancée à l'automne 2013.

ENCOURAGER LES MILIEUX DE TRAVAIL SAINS

Afin d'assurer aux employés du réseau des milieux de travail sains, l'Agence s'est donné pour objectif que 50 % des établissements montréalais obtiennent, d'ici 2015, l'une des trois certifications de type « Employeur de choix » (Établissements promoteurs de santé, Entreprise en santé ou Planetree). En 2012-2013, 10 établissements ont été sélectionnés pour bénéficier de la subvention de 150 000 $ offerte par l'Agence pour une troisième année consécutive afin de les aider dans cette démarche. Déjà, une trentaine d'établissements ont commencé l'implantation de ces stratégies, et trois ont obtenu leur certification. L'Agence poursuit elle-même cet objectif et, depuis le début de l'année 2013, a commencé l'implantation de l'approche Entreprise en santé dans son organisation.

Crédit : Frédéric Faddoul

MONTRÉAL À L'AVANT-GARDE EN MATIÈRE DE MESURES D'URGENCE : LE RÉSEAU SE PRÉPARE

Les hôpitaux montréalais seraient-ils prêts à recevoir et à soigner de nombreux blessés s'il survenait un attentat terroriste ou tout autre sinistre sur l'île ? C'est ce que l'Agence et ses partenaires ont voulu mesurer, en octobre 2012, lors d'une simulation d'envergure. Le résultat ? Très positif.

Comme n'importe quelle métropole dans le monde, Montréal n'est pas à l'abri d'une catastrophe ou d'un événement qui nécessiterait la prise en charge et le traitement de nombreuses victimes. L'une des priorités de l'Agence de Montréal est de préparer le réseau face à de telles possibilités, et ce, afin d'assurer une réponse rapide et adéquate aux besoins de la population.

L'Agence a donc procédé à la plus importante simulation jamais réalisée dans le réseau de la santé et des services sociaux au Québec en testant la réaction du personnel hospitalier face à une alerte « code orange ». Ainsi, le matin du 24 octobre 2012, 79 faux blessés, victimes d'une explosion fictive survenue dans une station de métro, ont été dirigés aux urgences de l'Hôpital général de Montréal et de l'Hôpital de Montréal pour enfants du Centre universitaire de santé McGill (CUSM).

Personne n'était au courant de la simulation. Sans préavis, le personnel devait gérer l'arrivée et le traitement des faux blessés tout en continuant à assurer normalement les soins et services aux vrais patients présents dans les deux urgences. Pour l'Agence et le CUSM, ces deux conditions étaient essentielles au succès de l'opération.

CODE ORANGE

Le « code orange » est le code internationalement reconnu lors d'une catastrophe ou d'un sinistre qui engendre un transport massif de personnes vers les hôpitaux.

Au cours des dernières années, deux malheureux événements ont nécessité le déclenchement d'un « code orange » à Montréal, soit en 1989, à l'École Polytechnique, et en 2006, au Collège Dawson, d'où la nécessité pour le réseau d'être préparé à cette éventualité.

CODE ORANGE
SIMULATION-MONTRÉAL 2012

La simulation, qui a duré 3 heures, a impliqué plus de 200 personnes.

Avec plusieurs véhicules ambulanciers et plus de 200 personnes mobilisées, l'exercice a permis d'évaluer les liens de collaboration entre les différents organismes impliqués, notamment en ce qui concerne la traçabilité des blessés entre le lieu de l'accident et l'hôpital et le transport massif de victimes. L'événement aura également permis de bonifier la préparation de l'ensemble des partenaires à une situation d'urgence.

Outre le CUSM, plusieurs organisations prenaient part à l'opération : la Corporation d'Urgence-santé pour le transport des victimes en ambulance, le Service de police de la Ville de Montréal pour le périmètre de sécurité, la Société de transport de Montréal pour le transport des blessés en autobus du lieu de l'accident jusqu'aux hôpitaux, de même que les Forces canadiennes pour la prise en charge des comédiens ayant participé à la simulation et la réalisation des maquillages de faux blessés, qui ont permis de rendre l'expérience encore plus réelle. Pour sa part, l'Agence s'était assuré le concours des médias montréalais, qui transmettaient des informations rassurantes à la population en lui indiquant qu'il s'agissait bel et bien d'une simulation.

L'exercice a été un succès. L'Agence a pu démontrer le bon niveau de préparation du réseau et de ses partenaires face à ce genre de situations. Lors du bilan, quelques recommandations ont été formulées pour améliorer davantage l'efficacité du réseau en situation de « code orange ».

La simulation a permis de positionner l'Agence de Montréal dans son rôle de leader en matière de coordination régionale des mesures d'urgence. L'excellence de l'équipe « Simulation Code orange 2012 », pilotée par le coordonnateur des mesures d'urgence à l'Agence, Michel Garceau, a d'ailleurs été reconnue par le ministère de la Santé et des Services sociaux avec l'octroi du Prix reconnaissance 2013 lors du Forum en sécurité civile.

Afin de maintenir un niveau de réponse efficace en cas de sinistre, l'Agence prévoit exercer, de nouveau, la capacité du réseau au cours des prochains mois. À suivre, donc !

R.-M.A.

Crédit : Frédéric Faddoul

Le coordonnateur régional des mesures d'urgence, Michel Garceau, s'adressant à la presse à l'issue de l'exercice de simulation.

UNE VIDÉO POUR FORMER LES INTERVENANTS !

Il est primordial de bien préparer les intervenants du réseau à faire face à des sinistres majeurs. En plus de former 200 intervenants psychosociaux, l'Agence a profité de la simulation pour produire une vidéo de formation destinée à l'ensemble des acteurs concernés par les mesures d'urgence à travers le Québec. Comme il est – heureusement – rare que le réseau soit confronté à des situations extrêmes qui nécessitent le déclenchement d'un « code orange », la vidéo s'avère un outil pédagogique précieux. Elle met en perspective le travail essentiel d'une bonne coordination régionale, en plus de présenter les étapes de l'exercice. La vidéo est disponible en ligne à : agence.santemontreal.qc.ca.

MENACES À LA SANTÉ : UNE VIGIE 24/7

De nouveaux virus et bactéries (tels le SRAS et la grippe aviaire) apparaissent un peu partout sur la planète, alors que d'autres, moins présents pendant des années, font un retour en force (comme la tuberculose et la syphilis), entraînant de nouveaux risques pour la santé des populations.

Montréal, comme toutes les grandes villes du monde, n'échappe malheureusement pas à cette réalité. L'augmentation des voyages, les comportements à risque élevé (partage de matériel d'injection de drogues, relations sexuelles non protégées, itinérance, etc.), sans oublier les effets des changements climatiques, sont parmi les raisons qui contribuent à la propagation d'infections dangereuses pour la santé.

L'an dernier, la DSP de l'Agence de Montréal a traité quelque **43 000** signalements relatifs à des MADO et à d'autres situations présentant un risque pour la santé, et a mené plus de **5 200** enquêtes épidémiologiques (enquêtes sur les facteurs qui influencent l'apparition, la transmission, la fréquence et l'évolution des maladies).

À Montréal, une équipe de la Direction de santé publique (DSP) de l'Agence est dédiée à la vigie sanitaire pour l'ensemble de la population : des médecins et des infirmières veillent, 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, à identifier les situations susceptibles de mettre en danger la santé. Ils sont de garde pour répondre au réseau en tout temps. Ils interviennent lorsqu'une menace biologique, chimique ou physique présente un risque pour la santé des Montréalais et mettent en place des moyens pour prévenir ces situations.

Détecter : le signalement

Le signalement permet à la DSP de détecter les situations pouvant constituer un danger. Les médecins et les responsables de laboratoires de l'île de Montréal sont les principaux professionnels qui signalent à la DSP toute menace potentielle à la santé. En tout, une cinquantaine de maladies à déclaration obligatoire (MADO) sont ciblées.

Ces maladies sont à déclaration obligatoire notamment parce qu'elles représentent un risque de survenue d'autres cas au sein de la population, qu'elles peuvent entraîner des problèmes de santé importants pour les personnes atteintes.

Agir : l'enquête épidémiologique

L'enquête épidémiologique consiste à connaître le contexte de l'infection, sa source, les caractéristiques de la personne atteinte et d'identifier la chaîne de transmission. Ces éléments d'enquête permettent de mettre en place les mesures de contrôle pour freiner les éclosions possibles. On parle d'éclosion lorsqu'un nombre anormal de cas rapprochés dans le temps sont notés dans un même secteur.

Prévenir : l'appel à la vigilance

Cette orchestration régionale d'une surveillance active favorise les signalements rapides et cible les interventions à mettre en place pour contrer la menace. Ainsi, la DSP se sert d'appels à la vigilance pour aviser les professionnels de la santé ou les organisations (comme les pharmacies et les organismes communautaires) d'une menace potentielle et pour leur donner des indications facilitant le suivi à faire auprès des patients touchés. En 2012, les maladies respiratoires sévères, la syphilis et le virus du Nil occidental ont fait l'objet des appels à la vigilance les plus fréquents.

Parallèlement, la DSP mène des campagnes de prévention pour encourager notamment la vaccination, l'hygiène et la salubrité, les pratiques sexuelles sécuritaires et le renforcement des bonnes pratiques dans les milieux de soins.

Ainsi, grâce à cette vigie quotidienne, la DSP de l'Agence parvient à assurer le mieux-être des Montréalais et à les protéger contre maladies et intoxications. J.A.S.

▲ *Le Dr Richard Massé, directeur de santé publique de Montréal*

Le directeur de santé publique a des pouvoirs exceptionnels, prévus dans la loi, dans des circonstances particulières : lorsqu'il constate l'existence ou craint l'apparition dans sa région d'une situation présentant des risques élevés pour la population ou pour un groupe d'individus, il peut demander aux autorités de prendre les mesures nécessaires pour réduire ou éliminer ces risques.

L'ENQUÊTE ÉPIDÉMIOLOGIQUE : L'EXEMPLE DE LA LÉGIONELLOSE

La légionellose, appelée « maladie du légionnaire », est causée par la bactérie *Legionella*. Même si cette bactérie se trouve dans une grande variété de sources d'eau, particulièrement l'eau chaude comme dans les chauffe-eau électriques, les spas ou les tours de refroidissement à l'eau, le risque de contracter la légionellose est très faible.

Lorsqu'un cas de légionellose est diagnostiqué, le médecin ou le responsable de laboratoire doit le signaler à la santé publique, qui commencera l'enquête épidémiologique afin de trouver la source de l'infection. Par la suite, des recommandations seront transmises à la personne infectée.

Par ailleurs, les autorités de santé publique demeurent vigilantes devant la possibilité qu'une ou plusieurs personnes puissent également être infectées par la même source. Dans un tel cas, on parlerait d'une éclosion de légionellose.

À Montréal, une quinzaine de cas non liés à la même source sont identifiés chaque année.

Lors d'une éclosion, l'investigation s'élargit afin de recouper plusieurs renseignements, comme les liens qui peuvent exister entre les personnes infectées ainsi que les sources suspectées. Dans une telle situation, le directeur de santé publique peut exiger que des mesures de protection, de prévention et de communication soient mises en place afin de corriger la situation et d'en informer la population.

ENVIRONNEMENT ET SANTÉ : AGIR SUR PLUSIEURS FRONTS

Respirer un air sain, marcher ou circuler à vélo en toute sécurité, consommer des fruits et légumes frais achetés près de chez soi représentent autant d'exemples d'un environnement urbain favorable à la santé d'une population. Voici un aperçu sommaire d'activités réalisées par l'Agence de Montréal en matière d'environnement urbain au profit de la santé des Montréalais.

Qualité de l'air intérieur

Une mauvaise qualité de l'air peut menacer la santé respiratoire. La présence d'humidité, de moisissures, de blattes ou de rongeurs dans les logements ou les bâtiments peut entraîner chez leurs occupants des problèmes d'asthme, d'infections respiratoires ou de rhinite allergique.

Évaluation de 12 écoles de Montréal

« En 2012-2013, la Direction de santé publique (DSP) de l'Agence a soutenu la Commission scolaire de Montréal dans l'évaluation de la qualité de l'air intérieur d'une douzaine de ses écoles et des effets potentiels sur la santé des élèves et du personnel. D'autres commissions scolaires de la région ont également fait appel à notre expertise dans ce domaine au cours de l'année », mentionne le Dr Louis Drouin, responsable du secteur Environnement urbain et santé de l'Agence. Cette équipe participe d'ailleurs aux travaux d'un comité provincial afin d'élaborer un guide d'intervention sur la qualité de l'air intérieur pour toutes les écoles du Québec.

Les logements insalubres : 80 inspections

Chaque année, la DSP travaille avec les municipalités de l'île de Montréal afin de vérifier la présence de moisissures ou des conditions pouvant nuire à la santé dans des logements montréalais et de déterminer les correctifs nécessaires. En 2012-2013, plus de 80 inspections ont été effectuées. Dans ces cas, la DSP remet les rapports à la municipalité, qui est ensuite chargée d'exiger du propriétaire qu'il procède aux correctifs recommandés.

DES PUNAISES DE LIT NUISIBLES

Environ 2,5 % des logements montréalais sont aux prises avec des infestations de punaises de lit. Les piqûres de ces insectes causent surtout des problèmes de peau. De plus, selon une étude publiée en 2012 par la DSP de l'Agence, la présence de punaises de lit dans les logements augmenterait jusqu'à cinq fois le risque pour les occupants de souffrir de problèmes de sommeil et d'anxiété. Pour lutter contre les infestations de punaises de lit, la Ville de Montréal et la DSP de l'Agence ont mis en œuvre, en 2011, un plan d'action régional en collaboration avec l'ensemble des intervenants concernés par ce problème. Dans le cadre de ce plan d'action, la DSP et l'Office municipal d'habitation de Montréal mènent actuellement un projet-pilote afin d'évaluer l'effet d'une aide à la préparation du logement dans le succès d'une extermination. À ce jour, près de 40 ménages défavorisés aux prises avec des punaises de lit participent au projet, qui se poursuivra au cours des prochains mois.

▶ POUR EN SAVOIR PLUS…

Pour en savoir davantage sur les punaises de lit, on peut consulter : lespunaisesdelit.info.

Qualité de l'air extérieur

La pollution atmosphérique provoquée par le transport, le chauffage au bois et les industries peut affecter la santé des Montréalais, surtout ceux qui sont atteints de maladies chroniques respiratoires ou cardiovasculaires. À cette pollution s'ajoute le pollen de l'herbe à poux, auquel 38 000 enfants montréalais sont allergiques.

Info-Smog : des avertissements à la population

La DSP de l'Agence participe au programme Info-Smog conjointement avec Environnement Canada, le ministère du Développement durable, de la Faune et des Parcs, le ministère de la Santé et des Services sociaux et la Ville de Montréal. Ainsi, lorsque la pollution atmosphérique atteint des niveaux élevés à Montréal, Info-Smog émet des avertissements qui rappellent à la population les comportements à adopter pour diminuer les concentrations de polluants dans l'air, soit privilégier les transports actifs ou collectifs et éviter d'utiliser les appareils de chauffage au bois durant l'hiver. De plus, lors des journées de smog, les personnes vulnérables sont invitées à limiter l'intensité de leurs activités physiques à l'extérieur.

En faveur du transport collectif

Le transport est une des principales sources de pollution atmosphérique. En 2012, la DSP a produit un mémoire qui milite en faveur d'une augmentation de 18 % à 30 % de la part du budget provincial alloué aux transports en commun. Un meilleur financement de ce mode de transport permettrait d'améliorer l'offre de service et, par conséquent, de réduire le volume de circulation automobile, surtout dans les quartiers centraux de Montréal. Les impacts sanitaires positifs qui pourraient en résulter sont une réduction des problèmes de santé et des décès associés à la pollution de même qu'une diminution du nombre de blessés de la route.

L'herbe à poux : l'éradiquer des terrains vagues

Le pollen de l'herbe à poux fait partie des polluants biologiques qui ont le plus d'impact sur la santé respiratoire des Montréalais. En plus de l'importante campagne de prévention qu'elle tient annuellement, la DSP a réalisé, en collaboration avec l'Institut national de santé publique et le CSSS de la Pointe-de-l'Île grâce au soutien financier d'Ouranos, un projet-pilote qui vise à mobiliser les propriétaires des grands terrains vagues de l'est de Montréal afin qu'ils coupent cette plante nuisible sur leurs terrains. Ce projet sera évalué en 2013-2014 afin de déterminer son efficacité et la possibilité de l'étendre à d'autres territoires de CSSS.

Chaleur accablante et extrême : un programme pour prévenir les décès

Depuis 2003, le programme Chaleur produit par l'Agence vise à prévenir la mortalité lors des épisodes de chaleur extrême à Montréal. En 2010, un tel épisode avait causé le décès d'une centaine de Montréalais, en majorité des personnes âgées souffrant de maladies chroniques, mais aussi des personnes qui présentaient des problèmes de santé mentale.

La prévention auprès des personnes ayant des problèmes de santé mentale

Des 93 décès causés par la chaleur survenus dans la communauté en 2010 à Montréal, le tiers concernait des personnes atteintes de troubles de santé mentale. Il a également été constaté que certaines de ces personnes avaient été contactées par des amis, de la famille, un voisin ou un professionnel de la santé dans les 24 heures précédant leur décès. Ainsi, pour plusieurs personnes, les actions de prévention n'ont pas été bien véhiculées, comprises et adoptées. En 2012-2013, un volet ciblant spécifiquement les personnes atteintes d'un problème de santé mentale a donc été ajouté à la campagne annuelle de sensibilisation tenue par la DSP et destinée aux aînés et à l'entourage des jeunes enfants. Ce volet a été développé grâce à une recherche menée par les directions de santé publique des agences de Montréal, de l'Estrie et de la Capitale-Nationale. De nouveaux outils de sensibilisation ont été développés et des séances d'information ont été offertes aux intervenants qui travaillent notamment auprès des personnes présentant des troubles psychotiques.

Des interventions sur les îlots de chaleur urbains

Dans les îlots de chaleur urbains, la température peut être jusqu'à 10° C plus élevée que dans le milieu ambiant. La chaussée, les toits et les bâtiments sont construits avec des matériaux de couleur sombre qui absorbent la chaleur au cours de la journée et la dégagent pendant la nuit, ce qui constitue un risque accru pour les populations vulnérables lors des épisodes de chaleur extrême. Pour lutter contre ce phénomène, la DSP de l'Agence finance depuis 2005, avec la Ville de Montréal, plusieurs projets Quartiers 21 de réaménagement urbain qui comptent parmi leurs activités le verdissement de secteurs bétonnés de la ville.

Crédit : Éric St-Pierre

Aménagements urbains favorables au transport actif et à la saine alimentation

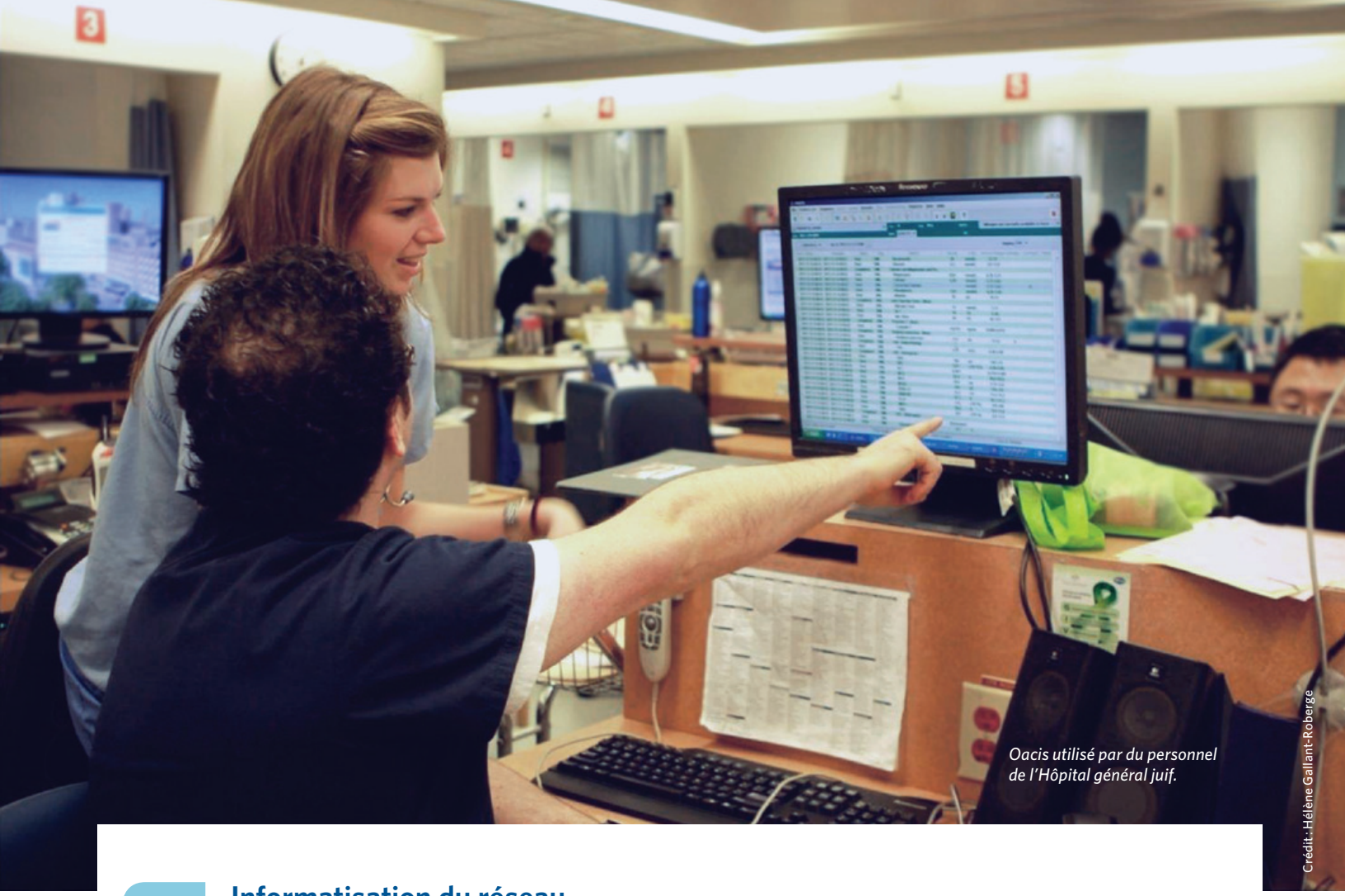
Des aménagements urbains qui favorisent l'activité physique et la consommation d'aliments santé figurent en tête de liste des stratégies efficaces de lutte contre l'obésité et les maladies chroniques dont souffrent de plus en plus de Montréalais.

Transport et activité physique

« Pour que les gens marchent ou circulent à vélo, il faut leur donner accès à des aménagements sécuritaires, pratiques et à proximité de chez eux », soutient le Dr Drouin. Pour aider les municipalités et la population dans leur choix d'aménagements, la DSP a produit en 2012 une cartographie qui démontre les endroits où l'on trouve le plus de blessés de la route (piétons, cyclistes et automobilistes) et des outils pour mesurer les façons dont les quartiers pourraient être plus sécuritaires pour les piétons. Une étude de la DSP a de plus révélé l'insuffisance d'aménagements routiers sécuritaires pour les piétons aux intersections des quartiers centraux montréalais

Accès aux fruits et légumes à distance de marche

À Montréal, plusieurs citoyens n'ont pas accès à des fruits et légumes à distance de marche, ce qui influence leur consommation d'aliments sains. La DSP de l'Agence tente de remédier à cette situation en finançant, dans certains quartiers défavorisés, des initiatives issues de la communauté et qui visent à développer des solutions adaptées à ses besoins : soit par la mise sur pied de marchés publics, de jardins ou d'épiceries communautaires. M.P.



Oacis utilisé par du personnel de l'Hôpital général juif.

Crédit : Hélène Gallant-Roberge

Informatisation du réseau

MIEUX OUTILLER LES INTERVENANTS ET MIEUX SERVIR LA POPULATION

Les projets d'informatisation du réseau sont avant tout des projets cliniques, car leur but ultime est la qualité des soins en fournissant un accès facile et rapide à une information fiable. 2012-2013 a vu des projets structurants faire d'importantes avancées et de nombreuses réalisations ont vu le jour. Tour d'horizon d'une région branchée !

L'informatisation clinique à Montréal s'appuie sur une trentaine de projets. L'axe principal autour duquel ils s'articulent est la disponibilité de l'information des dossiers des patients. Parmi ces projets, le dossier clinique informatisé (DCI) Oacis, les solutions de dossier médical électronique (DMÉ) et le Dossier Santé Québec (DSQ) constituent les principaux piliers. Pour assurer la circulation de l'information entre ces différents outils, de nombreux projets viennent soutenir leur mise en place et compléter le portrait de l'informatisation clinique à Montréal.

« Les dossiers électroniques permettent aux cliniciens d'avoir tous les renseignements sur un patient en temps réel. Il est ainsi plus facile de coordonner les interventions avec les collègues et d'éviter de dupliquer des tests qui ont déjà été effectués, explique la Dre Louise Ayotte, directrice générale adjointe et responsable du Technocentre de l'Agence de Montréal. En plus d'aider à uniformiser les pratiques entre les établissements, les dossiers électroniques permettront d'offrir un meilleur service aux patients et ultimement, de diminuer les risques d'erreurs médicales. »

Dossier clinique informatisé (DCI) Oacis

Le DCI Oacis est une interface informatique qui sera utilisée dans tout le réseau montréalais. Son implantation est solidement engagée dans la région de Montréal. À ce jour, 15 établissements ont déployé la solution. On prévoit que le déploiement devrait être terminé ou quasi complété dans 29 établissements en 2014. Ces 29 établissements ont été jugés prioritaires parce qu'ils représentent 85 % de l'activité clinique à Montréal. Le déploiement se poursuivra ensuite dans les autres établissements publics du réseau montréalais, d'ici 2015.

Oacis est un système hautement sécuritaire : l'Agence peut en effet compter sur un outil de journalisation qui permet, entre autres, de savoir qui a accédé au DCI et à quel moment. Ainsi, en mars 2013, près de 2 500 personnes l'avait utilisé en contexte clinique, dont quelque 400 médecins; une hausse de 40 % par rapport au même mois de l'année dernière.

Cette année marque le démarrage des travaux de la phase 2 du projet. Si la phase 1 a consisté à mettre en place les éléments permettant de consulter les données cliniques, la phase 2 constitue une avancée importante dans l'informatisation des processus cliniques, avec l'implantation des fonctionnalités de requêtes et de documentation.

Les travaux ont également bien progressé au chapitre des modules complémentaires, qui visent à soutenir les cliniciens dans des domaines particuliers. Par exemple, un module Santé mentale, pour lequel le cahier des charges ainsi que les spécifications fonctionnelles ont été complétés avec la collaboration de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas, devrait être développé dans les mois à venir. En ce qui concerne l'intégration de la solution informatique du Réseau de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) à Oacis, le développement touche à sa fin et le pilotage a été complété avec succès au CSSS de la Pointe-de-l'Île.

D'abord un projet régional, l'implantation du DCI Oacis va maintenant bien au-delà de Montréal. Les régions de Laval et des Laurentides se sont jointes au projet pour s'ajouter à celles de Lanaudière et du Saguenay–Lac-Saint-Jean. Ces régions peuvent s'appuyer sur l'expertise montréalaise. En plus d'un soutien technique, l'Agence leur apporte un soutien pour le déploiement et la gestion du projet.

Pour l'année qui vient, des efforts importants se poursuivront afin de soutenir les établissements. L'Agence continuera à offrir de la formation en gestion du changement et mettra notamment sur pied un programme d'accompagnement personnalisé. De plus, une communauté de pratique permettra à tous les établissements de partager les leçons apprises.

Dossier médical électronique (DMÉ)

L'Agence et le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) contribuent également à l'informatisation des groupes de médecine de famille (GMF), des cliniques-réseau et des cliniques-réseau intégrées en finançant l'acquisition d'un DMÉ, son implantation et son utilisation. Ce financement s'inscrit dans les orientations qui visent le développement des services médicaux de première ligne. En tout, 99 cliniques montréalaises sont ciblées par ce projet. En 2012-2013, 28 cliniques-réseau se sont prévalues de la subvention pour implanter leur DMÉ et en assurer les coûts récurrents, en tout ou en partie. Ceci porte donc à 58 le nombre de cliniques informatisées grâce à ce programme. D'autres cliniques médicales montréalaises (28) qui ne sont pas visées par cette subvention sont, pour leur part, financées par le MSSS à l'aide du Programme québécois d'adoption des dossiers médicaux électroniques.

Déploiement du Dossier Santé Québec (DSQ) à Montréal

Le déploiement du DSQ à Montréal a débuté à l'été 2012. La première étape consiste à mettre en réseau les pharmacies, les laboratoires et les services d'imagerie médicale afin de constituer les bases de renseignements de santé provinciales.

Au 31 mars 2013, 124 pharmacies de Montréal alimentaient le DSQ pour le volet du médicament, soit 29 % des 434 pharmacies de la région, la plupart étant situées dans la zone centrale de Montréal. On prévoit que la très grande majorité des pharmacies seront connectées d'ici la fin de l'année 2013.

Les laboratoires du CHUM, du CUSM et de l'Hôpital général juif sont également connectés au DSQ et alimentent les bases de données provinciales. À eux seuls, ces laboratoires représentent 47 % du volume des résultats de laboratoires traités à Montréal. À l'heure actuelle, plusieurs établissements travaillent à connecter leur laboratoire ; c'est le cas notamment de l'Hôpital général du Lakeshore du CSSS de l'Ouest-de-l'Île, l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, l'Institut de cardiologie de Montréal et l'Hôpital de Verdun du CSSS du Sud-Ouest–Verdun. Les autres établissements de Montréal entreprendront les travaux de déploiement cet automne.

Le volet de l'imagerie diagnostique n'est pas en reste. Les travaux ont avancé à grands pas, avec un déploiement représentant un volume cumulatif de plus de 40 % des images et études radiologiques disponibles pour consultation. Les travaux sont en cours dans 34 points de service et l'ensemble des rapports et des images de Montréal devraient être accessibles d'ici la fin de l'année.

En plus des volets d'alimentation, l'équipe du projet DSQ travaille à mettre en réseau les établissements du réseau et

les cliniques médicales afin de permettre aux intervenants qui y travaillent de consulter le DSQ de leurs patients et les renseignements qu'il contient. Diverses solutions sont offertes dépendamment s'il s'agit d'un établissement ou d'une clinique qui dispose déjà d'un dossier électronique.

À ce propos, des efforts sont également mis en œuvre afin d'intégrer le DSQ au DCI Oacis. Il s'agit là d'une clé pour faciliter l'adhésion des cliniciens à leur nouvel environnement informatique.

PRI-M : une plateforme essentielle à l'informatisation du réseau

Le déploiement du dossier clinique informatisé Oacis dans les établissements de Montréal a nécessité la mise en place de 150 interfaces reliant le dossier aux systèmes informatiques déjà utilisés dans les établissements et provenant de divers fournisseurs. La plateforme régionale d'interopérabilité - Montréal (PRI-M), l'infrastructure technologique permettant d'assurer l'échange de données régionales, a facilité la réalisation de ces interfaces. À ce jour, 90 % des CSSS, 80 % des centres hospitaliers et deux instituts universitaires sont connectés à la PRI-M.

La PRI-M offre aussi une technologie de formulaire électronique, nommée Formvine, qui a permis le développement et l'implantation de notes d'évolution et qui s'intègre de façon transparente au DCI Oacis. Le CSSS de la Montagne, le premier établissement à utiliser cette technologie, prévoit que ce nouveau service lui permettra de réduire de 25 % sa consommation de papier.

L'avenir appartient au numérique… en santé aussi!

Le numérique prend de plus en plus d'importance dans la vie de tous les jours. Il en va de même dans le réseau de la santé. La mise en place de systèmes d'information intégrés réservera encore beaucoup de défis au cours des années qui viennent. Les efforts sont motivés par l'objectif de soutenir les pratiques cliniques, la gestion et la prise de décision, et ce, dans le but de rendre les services à la population plus accessibles, efficaces et performants.

H.-F.P.

La salle des serveurs du technocentre de Montréal, un lieu hautement sécurisé qui compte plus de 700 serveurs, des centaines de kilomètres de fibre optique et plusieurs milliers de dossiers patients.

QU'EST-CE QUE LE DSQ ?

Le Dossier Santé Québec, ou DSQ, est une initiative du gouvernement du Québec pour améliorer la qualité des soins et l'efficacité du système de santé du Québec grâce à l'informatisation. Le DSQ est un environnement technologique hautement sécurisé qui permet de collecter, de conserver et de consulter certains renseignements de santé (médication, résultats de laboratoire, résultats de radiographie, etc.). Où qu'ils soient au Québec, les professionnels de la santé autorisés auront accès à ces renseignements.

PERSONNES À MOBILITÉ RÉDUITE : DE GRANDS PAS EN MATIÈRE D'ACCESSIBILITÉ AUX ÉTABLISSEMENTS

Certaines installations du réseau montréalais ont été construites il y a plusieurs décennies et présentent parfois des lacunes en termes d'accessibilité physique. En 2012-2013, l'Agence a donc entrepris différentes démarches afin de les rendre plus facilement accessibles pour les personnes à mobilité réduite, dont le projet-pilote du CLSC du Plateau Mont-Royal : une véritable réussite qui en a inspiré d'autres.

Le Code national du bâtiment prévoit que chaque établissement dispensateur de soins de santé et de services sociaux soit aménagé de façon à permettre aux personnes handicapées d'y accéder sans obstacle. Il s'agit principalement d'y prévoir la présence de rampes d'accès ou de monte-personnes motorisés. Au cours de l'année 2012-2013, l'Agence a pris plusieurs initiatives visant à améliorer l'accessibilité des établissements, dont la production d'un document officiel regroupant une série de recommandations pour les établissements du réseau.

Avec la collaboration du CSSS Jeanne-Mance, l'Agence a également lancé, en septembre 2012, un projet-pilote visant à améliorer l'accès aux locaux du CLSC du Plateau Mont-Royal. À l'origine de ce projet : des commentaires reçus d'une patiente handicapée physiquement ayant fait part de sa difficulté à se déplacer en fauteuil motorisé et à recevoir des soins adéquats lors d'une consultation dans ce CLSC.

Entrée principale donnant accès à la salle d'attente.

MOBILITÉ RÉDUITE

Par personne à mobilité réduite, on entend toute personne se déplaçant avec l'aide d'une canne, de béquilles, d'un fauteuil roulant ou motorisé, ainsi que les personnes âgées, les femmes enceintes, les personnes avec enfants (notamment en poussette), les personnes avec des limitations sensorielles ou physiques et celles très fortement obèses.

Les travaux d'aménagement prévus dans le cadre du projet-pilote visaient à mettre en œuvre certaines normes recommandées par l'Agence et permettant de favoriser l'accès et de faciliter les activités et déplacements des personnes en fauteuils motorisés, soit :

- l'installation de portes automatiques ;
- le repositionnement, à une hauteur adaptée, de distributeurs de gel antiseptique, d'une fontaine d'eau, d'un téléphone public ainsi que du téléphone destiné à appeler les services de transport adapté ;
- l'aménagement d'une salle d'examen dotée d'une porte large de 122 cm et d'un mobilier adapté (table d'examen avec ajustement de hauteur motorisé, fauteuil surdimensionné, lève-personne motorisé sur rail au plafond et avec surcapacité de levage) ;
- l'installation d'une toilette hautement adaptée à proximité de la salle d'examen, de même qu'à proximité de la salle d'attente (lorsque les locaux le permettent) ;
- l'ajout d'une chaise ou d'un fauteuil surdimensionné dans la salle d'attente principale ;
- la création d'une aire d'attente à proximité de l'entrée principale (pour les personnes en attente d'un transport adapté).

Une fois les travaux terminés, la patiente a eu l'occasion d'utiliser les nouveaux locaux et équipements, et ce, à son entière satisfaction. Le personnel du CLSC a également fait part de son appréciation fort positive.

Financé par l'Agence, le projet a nécessité un investissement d'environ 30 000 $, travaux, mobilier et équipements inclus. Il importe de mentionner que lors du démarrage du projet-pilote, certains éléments immobiliers du CLSC répondaient déjà aux normes d'accessibilité, dont les portes automatiques de l'entrée principale et la hauteur des comptoirs du bureau de l'accueil. La mise en œuvre des recommandations de l'Agence a par ailleurs tenu compte des conditions et contraintes architecturales du bâtiment.

Forte de son succès, l'expérience ne s'arrête pas là. En effet, certaines salles d'examen des nouvelles urgences de

l'Hôpital général juif ont elles aussi été configurées selon les normes recommandées par l'Agence. Le nouveau CLSC Benny Farm du CSSS Cavendish, dont l'ouverture est prévue à l'automne 2013, sera également doté d'installations répondant à ces critères. Il en sera de même des futurs locaux du CLSC Sanguinet du CSSS Jeanne-Mance.

Prochaines étapes

Un plan d'action régional est en préparation avec l'objectif de faire en sorte que chaque établissement du réseau montréalais accueillant une clientèle externe et ambulatoire puisse aménager ses locaux pour permettre la dispensation de soins à une clientèle à mobilité réduite, dont les personnes se déplaçant en fauteuil motorisé.

H.P.-H.

L'Agence gère annuellement des budgets de plusieurs centaines de millions de dollars dédiés aux immobilisations et aux technologies médicales du réseau public montréalais. Ces montants servent à maintenir en bon état, rénover, voire moderniser les immeubles du réseau et à remplacer ou rehausser les équipements médicaux, les équipements non médicaux et le mobilier. Le tout dans le but d'assurer la continuité des soins et des services dans des environnements sécuritaires, adaptés et en conformité avec les normes en vigueur.

Salle de traitement-examen adaptée avec lève-personne de grande capacité au plafond.

TESTEZ VOS CONNAISSANCES SUR LE RÉSEAU MONTRÉALAIS

1. Quel est le nom du président du conseil d'administration de l'Agence de Montréal ?

a) Dr Pierre Dupuis b) Dr Victor C. Goldbloom c) Dr Daniel McCann

2. Quel est le nom de la grande enquête populationnelle visant à dresser un portrait de la santé des Montréalais ?

a) TOPO b) DÉMO c) POPULO

3. Quel était le budget, en milliards de dollars, du réseau montréalais en 2012-2013 ?

a) 6,2 b) 2,4 c) 6,8

4. L'Agence a tenu en octobre 2012 une grande simulation pour tester la capacité du réseau à recevoir un nombre important de blessés. Cet exercice a un nom internationalement reconnu. Quel est-il ?

a) Le Code bleu b) Le Code jaune c) Le Code orange

5. Le réseau montréalais de la santé et des services sociaux compte combien d'établissements ?

a) 56 b) 82 c) 103

Toutes les réponses se trouvent dans les articles de ce magazine.

Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal
Québec

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL | vivre une île en santé

Rapport annuel de gestion 2012-2013 – Vivre une île en santé

ANNEXES

Québec

Rapport annuel de gestion 2012-2013 – Vivre une île en santé

ANNEXES

Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal
Québec

Le *Rapport annuel de gestion 2012-2013 - Vivre une île en santé*
est une production de l'Agence de la santé
et des services sociaux de Montréal.

3725, rue Saint-Denis
Montréal (Québec) H2X 3L9
514 286-6500
santemontreal.qc.ca

Notes

La section magazine présente les réalisations
et les priorités de l'Agence en 2012-2013
et dresse un portrait de la population et du
réseau de la santé et des services sociaux de Montréal.

Les annexes présentent les détails officiels concernant
les données financières, les immobilisations,
le bilan de suivi de gestion et les autres éléments
de reddition de comptes demandés par le ministère
de la Santé et des Services sociaux. À moins d'une mention
particulière, les données présentées dans ce document
étaient exactes au 31 mars 2013.

Dans ce document, l'emploi du masculin générique désigne
aussi bien les femmes que les hommes et
est utilisé dans le seul but d'alléger le texte.

Le *Rapport annuel de gestion 2012-2013 - Vivre une île en santé*
est disponible en ligne en version intégrale à la section documentation
du site Web de l'Agence : agence.santemontreal.qc.ca

© Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2013

ISSN 1911-0944 (Imprimé) ISSN 1911-0952 (En ligne)

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2013

Approuvé à la séance ordinaire du conseil d'administration du 24 septembre 2013.

ANNEXES - TABLE DES MATIÈRES

Déclaration sur la fiabilité des données contenues dans le rapport annuel de gestion et des contrôles afférents 1

Annexe 1 : L'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal 2

1.1 L'organigramme 2

1.2 Le conseil d'administration et les instances consultatives 3

1.3 L'effectif de l'agence 7

Annexe 2 : Le réseau montréalais de la santé et des services sociaux 9

2.1 Les établissements 9

2.2 Les principales modifications apportées au réseau au cours de l'année 2012-2013 14

2.3 L'effectif du réseau par catégorie d'emploi 16

2.4 L'accès aux services en langue anglaise 18

2.5 l'accès aux communautés multiculturelles 18

2.6 Les activités communautaires 19

Annexe 3 : Les fiches de reddition de comptes 2012-2013 21

Annexe 4 : Les immobilisations et les technologies médicales 53

4.1 Les immobilisations 53

4.2 Les locations d'espaces 59

4.3 Les technologies médicales 59

Annexe 5: Les données financières 65

5.1 La situation financière générale 65

5.2 Les autorisations d'emprunt 73

5.3 Les activités communautaires 81

5.4 Les états financiers de l'Agence 97

Annexe 6: Le code d'éthique et de déontologie des administrateurs de l'Agence de la santé et des services sociaux 123

Annexe 7: Abréviations et sigles 127

DÉCLARATION SUR LA FIABILITÉ DES DONNÉES CONTENUES DANS LE RAPPORT ANNUEL DE GESTION ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS

Les résultats et l'information contenus dans le présent rapport annuel de gestion relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur l'exactitude, l'intégralité et la fiabilité des données de l'information et des explications qui y sont présentées.

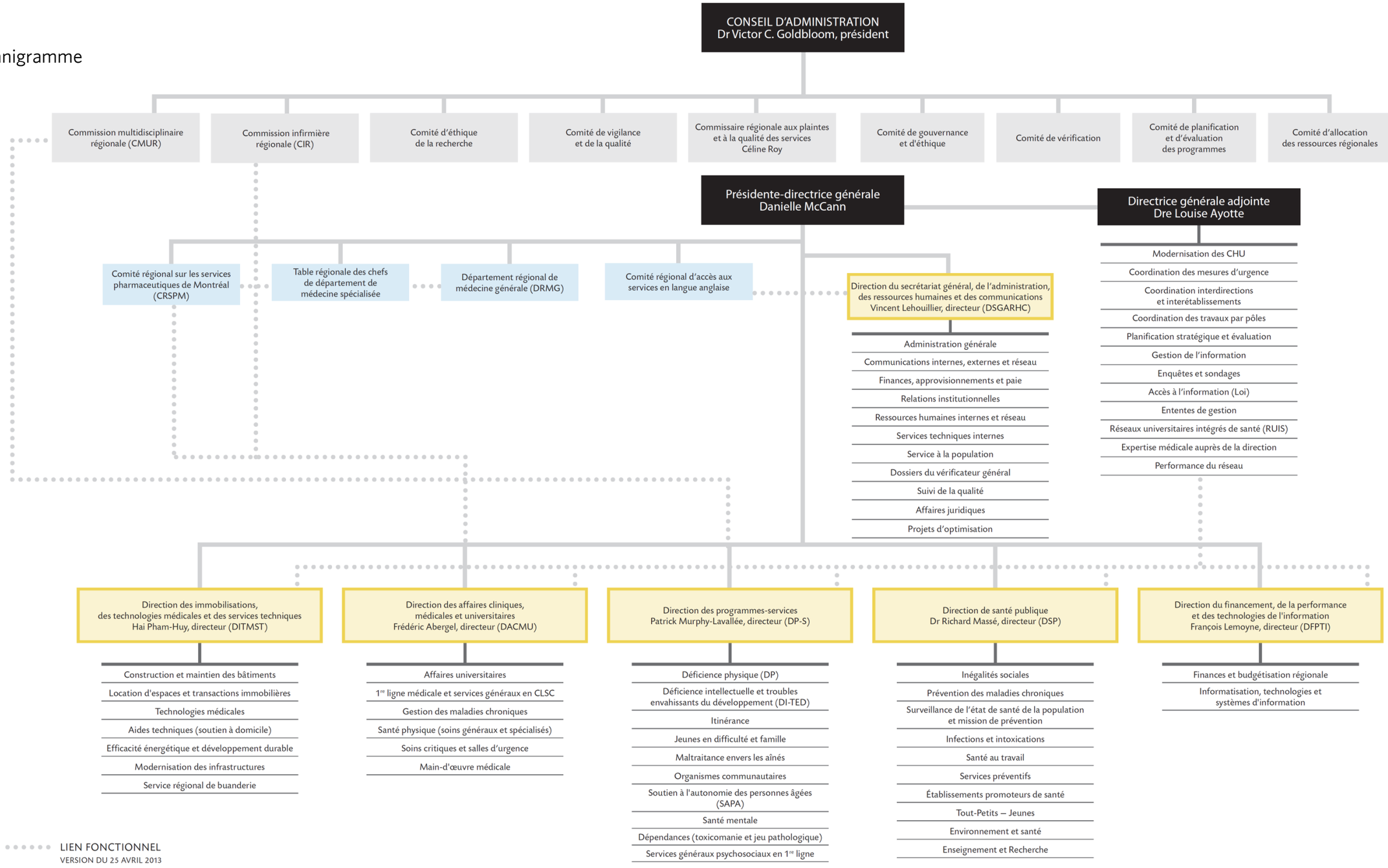
Tout au cours de l'exercice financier, des systèmes d'information et des mesures de contrôle fiables ont été maintenus afin d'appuyer la présente déclaration. De plus, je me suis assurée que des travaux ont été réalisés afin de fournir une assurance raisonnable de la fiabilité des résultats, et spécifiquement au regard de l'entente de gestion.

À ma connaissance, l'information présentée dans le Rapport annuel de gestion 2012-2013 de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, ainsi que les contrôles y afférant sont fiables, et cette information correspond à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2013.

Danielle McCann
Présidente-directrice générale

ANNEXE 1 : L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL

1.1 L'organigramme



1.2 Le conseil d'administration et les instances consultatives

1.2.1 Conseil d'administration

Dr Victor C. Goldbloom, président
M. Yvon Lamarre, vice-président et président du comité d'allocation des ressources régionales
Mme Danielle McCann, secrétaire et présidente-directrice générale de l'Agence

M. François Charbonneau, président du comité de planification et d'évaluation des programmes
Mme Marie-Hélène Croteau (depuis juillet 2012), présidente du comité de vigilance et de la qualité
M. François Desmeules (depuis juillet 2012)
Mme Ghyslaine Douville (depuis juillet 2012)
M. Pierre Dupuis
M. Ronald Desbiens (jusqu'en février 2013)
Mme Suzanne Gilbert (depuis juillet 2012)
Mme Wassyla Hadjabi (jusqu'en juillet 2012)
Mme Elisabeth Khabar-Dembil
Mme Suzanne Marceau (jusqu'en juillet 2012)
Mme Liza O'Doherty (depuis juillet 2012)
Mme Marie-Claude Roy (depuis juillet 2012), présidente du comité de vérification
Dr Ernesto Schiffrin (jusqu'en février 2013)
M. Yves Sylvain (jusqu'en juillet 2012)
Mme Monika Throner (jusqu'en juillet 2012)

1.2.2 Forum de la population

* À la suite de l'adoption, le 13 juin 2011, de la loi 127 abrogeant les articles concernant l'obligation de mettre en place un forum de la population, l'Agence est en réflexion sur le rôle et la forme que prendra le Forum. En conséquence, depuis cette date, les activités du Forum sont suspendues.

1.2.3 Commission multidisciplinaire régionale (CMUR)

M. François Gagnon-Clouâtre, président
Mme Nathalie Dupont, vice-présidente
Mme Annie Gusew, secrétaire

M. Jonathan Côté
Dre Paule Lebel
Mme Michelle Milos
Mme Sylvie Poiret
Mme Annick Simard
M. Stéphane Thifault

Mme Danielle Boivin, observatrice
Mme Geneviève Lagarde, observatrice

ainsi que
M. Marc Boutin, représentant de la PDG de l'Agence

1.2.4 Commission infirmière régionale (CIR)

Mme Hélène Racine, présidente
Mme Mélanie Lavoie-Tremblay, vice-présidente
M. Daniel Messier, secrétaire

Mme Chantal Fortin
Mme Ginette Labbé
Mme Line Lefebvre
Mme Liza O'Doherty
Mme Julie Paquette
Mme Martine Plante
Mme Marie-Isabelle Marchand

Mme Lorraine Bouvier, observatrice
Mme Josée F. Breton, observatrice
Mme Patricia O'Connor, observatrice
Mme Micheline Ulrich, observatrice

ainsi que
Mme Sylvie St-Pierre, représentante de la PDG de l'Agence

1.2.5 Département régional de médecine générale (DRMG)

Membres élus
D[re] Marie-Pierre Laflamme, chef
D[r] Benoit Brodeur, chef adjoint
D[r] Elias-Georges Ackaoui, secrétaire

Membres nommés
D[re] Sara Parniani
D[re] Marie-Claude Giron
D[r] Claude Savard
D[re] Andrée Robillard
D[r] Ronald Ludman
D[r] Christian Lauriston
D[r] Mario Zummo
D[r] Didier Serero
D[r] Vincent Demers
D[r] François Loubert (mandat spécial)

ainsi que
D[re] Emmanuelle Jourdenais, représentante des urgences de Montréal
M. Frédéric Abergel, directeur des affaires cliniques, médicales et universitaires (DACMU)
D[r] André Bélanger, adjoint médical, DACMU et représentant de la PDG de l'Agence
Mme Sylvie St-Pierre, coordonnatrice du développement de la 1[re] ligne, DACMU

1.2.6 Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée

Membres élus

Dr Louis Péloquin, président (chirurgie, Hôpital Maisonneuve-Rosemont)
Dr Jean-François Courval, vice-président (anesthésiologie, CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle)
Dr Daniel St-Laurent, secrétaire (psychiatrie, Hôpital Maisonneuve-Rosemont)

Membres nommés

Dr Mark Afilalo (médecine d'urgence, Hôpital général juif S.M.B.D)
Dre Marie- Josée Bédard (obstétrique-gynécologie, CHUM)
Dr Yannick Cartier (radiologie diagnostique, Hôpital Sacré-Cœur de Montréal)
Dr Charles Hamaoui (pédiatrie, Hôpital Maisonneuve-Rosemont)
Dr Patrick Harris (chirurgie plastique, CHUM)
Dr Michael Israel Shevell (pédiatrie, CUSM)
Dr Harold J. Olney (hémato-oncologie, CHUM)
Dr Robert Turcotte (orthopédie, CUSM)

Membres des facultés de médecine

Dr Pierre Bourgouin, représentant du doyen de l'Université de Montréal
Dr Robert Gizicki, représentant résident de l'Université de Montréal
Dr Farooq Khan, représentant résident de l'Université McGill

ainsi que

Dre Louise Ayotte, directrice générale adjointe de l'Agence et représentante de la PDG de l'Agence
M. Frédéric Abergel, directeur des affaires cliniques, médicales et universitaires (DACMU)
Mme Hélène Rochette, directrice adjointe, DACMU
Mme Cindy Blais, agente de planification, de programmation et de recherche, DACMU

1.2.7 Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSPM)

Membres élus

M. Jean-François Morin, président (pharmacien propriétaire)
Mme Caroline Robitaille, vice-présidente (Hôpital général juif S.M.B.D.)
M. Denis Brouillette, secrétaire (Institut de cardiologie de Montréal)
M. Jacques Gendron (pharmacien propriétaire)
Mme Suzanne Gilbert (Institut universitaire de gériatrie de Montréal)
M. Jude Goulet (Hôpital Maisonneuve-Rosemont)
M. Gilles Moreau (pharmacien communautaire)

Membres nommés

Mme Chantal Pharand (Faculté de pharmacie de l'Université de Montréal)
M. Michel Portelance (pharmacien communautaire)

ainsi que

Mme Isabelle Raymond, coordonnatrice du continuum de santé physique, DACMU et représentante de la PDG de l'Agence
Mme Julie Todd, agente de planification, de programmation et de recherche, DACMU
Mme Chantal Plante, pharmacienne-conseil, DACMU
Mme Michelle Normandeau, pharmacienne-conseil, Direction de santé publique

1.3 L'effectif de l'Agence

Tableau 1 : Effectif de l'Agence, excluant la Direction de la santé publique

	2011-2012		2012-2013	
	NOMBRE	ETC*	NOMBRE	ETC*
Les cadres				
Temps complet	54	54	55	55
Temps partiel	-	-	1	1
Cadres en stabilité d'emploi	-	-	0	0
SOUS-TOTAL	**54**	**54**	**56**	**56**
Les employés				
Temps complet	241	241	243	243
Temps partiel permanent	9	5,2	13	4
Employés en stabilité d'emploi	-	-		
SOUS-TOTAL	**250**	**246,2**	**256**	**247**
TOTAL 1	**304**	**300,2**	**312**	**303**
Les occasionnels				
Heures rémunérées au cours de l'exercice	91 318	50	20 717,8	11,4
TOTAL 2	**-**	**346**	**-**	**314,4**

*ETC : équivalent temps complet

Tableau 2 : Effectif de la Direction de la santé publique de l'Agence

	HÔPITAL MAISONNEUVE-ROSEMONT		CUSM		AGENCE		TOTAL	
	2011 2012	2012 2013	2011 2012	2012 2013	2011 2012	2012 2013	2011 2012	2012 2013
Cadres	12	8	8	8	5	4,6		20,6
(Cadres-médecins)*	(2)	(2)	(3)	(2)	-	-		(4)
Professionnels	70,8	70,2	68,9	66.4	12,9	13		149,6
Médecins	26,4	25,7	37,2	24.8	-	-		50,5
Dentistes**	-	-	4,3	4.3	-			4,3
Techniciens	15,5	11	8,3	6	5	4		21
Personnel de soutien	17,8	14,2	38	36,5	4	4		54,7
TOTAL	**142,5**	**129,1**	**164,7**	**146**	**26,9**	**25,6**	**-**	**300,7**

(*) Sont comptabilisés dans la catégorie des médecins
Excluant le personnel de l'IRCUSM affecté à des fonds de recherche.

1.3.1 Plan d'action à l'égard des personnes handicapées

La sanction, en décembre 2004, de la Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale, ainsi que les amendements adoptés en juin 2009 ont modifié substantiellement l'exercice des droits des personnes handicapées, dont celui que leur intégration à la société se fasse au même titre que tous les citoyens. Cela se traduit, pour les organismes publics, par l'adoption, sur une base annuelle, d'un plan d'action destiné à réduire les obstacles à l'intégration des personnes handicapées.

Les priorités d'action retenues pour l'année 2012-2013 de l'Agence de Montréal ont été les suivantes :

- proposer pour adoption le plan d'action au comité de direction de l'Agence afin qu'il en soit le promoteur;
- continuer d'informer systématiquement l'organisme de services spécialisés de main-d'œuvre pour les personnes handicapées des postes disponibles lors de recrutements externes et mentionner, lors de la publication d'offres d'emploi, l'existence d'un programme d'accès à l'égalité en emploi à l'Agence;
- permettre à une autre personne du Service interne des ressources humaines de recevoir une formation en ergonomie afin d'assurer un service continu à l'interne;
- soutenir les employés du Service à la population en offrant les formations accessibles pour communiquer avec les personnes malentendantes et former tous les employés concernés;
- gérer, de concert avec différents partenaires, l'accès aux services d'interprétation gestuelle, orale anglophone et tactile en langues des signes américains en soutien aux établissements de la région dans l'offre de ce service;
- faire la promotion à l'interne de la Semaine québécoise des personnes handicapées, du 1er au 7 juin 2012;
- publier la politique sur le site Internet de l'Agence.

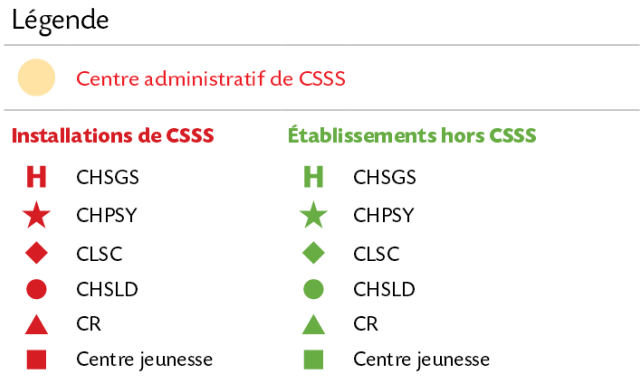
ANNEXE 2 : LE RÉSEAU MONTRÉALAIS DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

2.1 Les établissements

Au 31 mars 2013, le réseau montréalais de la santé et des services sociaux comptait 82 établissements. Un peu plus de 400 cliniques ou cabinets médicaux, 41 groupes de médecine de famille (GMF), 30 cliniques-réseau, 4 cliniques-réseau intégrées (CRI) et 648 organismes financés par l'Agence dans l'un ou l'autre de ses différents programmes se retrouvent également sur le territoire. Près de 91 500 personnes travaillent au sein de ce réseau complexe et diversifié, dont 3488 médecins spécialistes, 5916 omnipraticiens, 24641 personnes se consacrant aux soins infirmiers et cardiorespiratoires et 17 927 professionnels et techniciens de la santé et des services sociaux (tableaux 3et 4).

En plus des soins et des services courants et spécialisés dans toutes les disciplines, le réseau montréalais offre une gamme complète de services surspécialisés en raison de la présence sur son territoire de trois centres hospitaliers universitaires (CHU), six instituts universitaires, huit centres affiliés universitaires (CAU) ainsi que de nombreux établissements à vocation suprarégionale. C'est donc non seulement la population de l'île de Montréal, mais celle de toutes les régions du Québec qui bénéficie de la diversité et de la qualité des services du réseau montréalais de la santé.

En raison des particularités de sa population, on notera aussi que les établissements du réseau montréalais portent une attention spéciale aux besoins de la communauté anglophone de l'île et des régions périphériques de même qu'aux particularités des communautés culturelles.



Aperçu du réseau montréalais de la santé et des services sociaux

Territoire du CSSS de l'Ouest-de-l'Île

Installations du CSSS

1 Hôpital général du Lakeshore
2 CLSC du Lac-Saint-Louis (Maison de naissance)
3 CLSC de Pierrefonds
4 CLSC du Lac-Saint-Louis Programme Ensemble
5 Centre de jour du Lac-Saint-Louis
6 Centre d'hébergement Denis-Benjamin-Viger

Établissements hors CSSS

7 CHSLD du Château-sur-le-lac-de-Sainte-Geneviève inc.
8 CHSLD du Manoir-de-l'Ouest-de-l'Île, S.E.C.
9 Manoir Beaconsfield
10 CHSLD Vigi Pierrefonds (Vigi Santé Ltée)
11 Hôpital Sainte-Anne
12 CHSLD Bayview inc.
13 Manoir Pierrefonds (Centre d'hébergement Chartwell inc.)
14 CHSLD Vigi Dollard-des-Ormeaux (Vigi Santé Ltée)

Territoire du CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle

Installations du CSSS

15 Hôpital de LaSalle
16 CLSC de Dorval-Lachine
17 CLSC de LaSalle
18 Centre d'hébergement de Lachine
19 Centre d'hébergement Nazaire-Piché
20 Centre d'hébergement de Dorval
21 Centre d'hébergement de LaSalle

Établissements hors CSSS

22 CHSLD Bussey (Québec) inc.
23 CHSLD des Floralies-de-Lachine inc.
24 CHSLD des Floralies-de-LaSalle inc.
25 Maison Herron (Centre d'hébergement Chartwell inc.)
26 Centre de réadaptation de l'Ouest de Montréal

Territoire du CSSS Sud-Ouest—Verdun

Installations du CSSS

27 Hôpital de Verdun
28 CLSC de Ville-Émard-Côte-Saint-Paul
29 CLSC de Verdun
30 CLSC de Saint-Henri
31 Centre d'hébergement Réal-Morel
32 Centre d'hébergement Champlain
33 Centre d'hébergement du Manoir-de-Verdun
34 Centre d'hébergement Yvon-Brunet
35 Centre d'hébergement des Seigneurs
36 Centre d'hébergement de Saint-Henri
37 Centre d'hébergement Louis-Riel

Établissements hors CSSS

38 Institut universitaire en santé mentale Douglas
39 Clinique communautaire de Pointe St-Charles
40 Havre-Jeunesse
41 Centre d'accueil le Programme de Portage inc.
42 CHSLD des Floralies-de-Verdun inc.

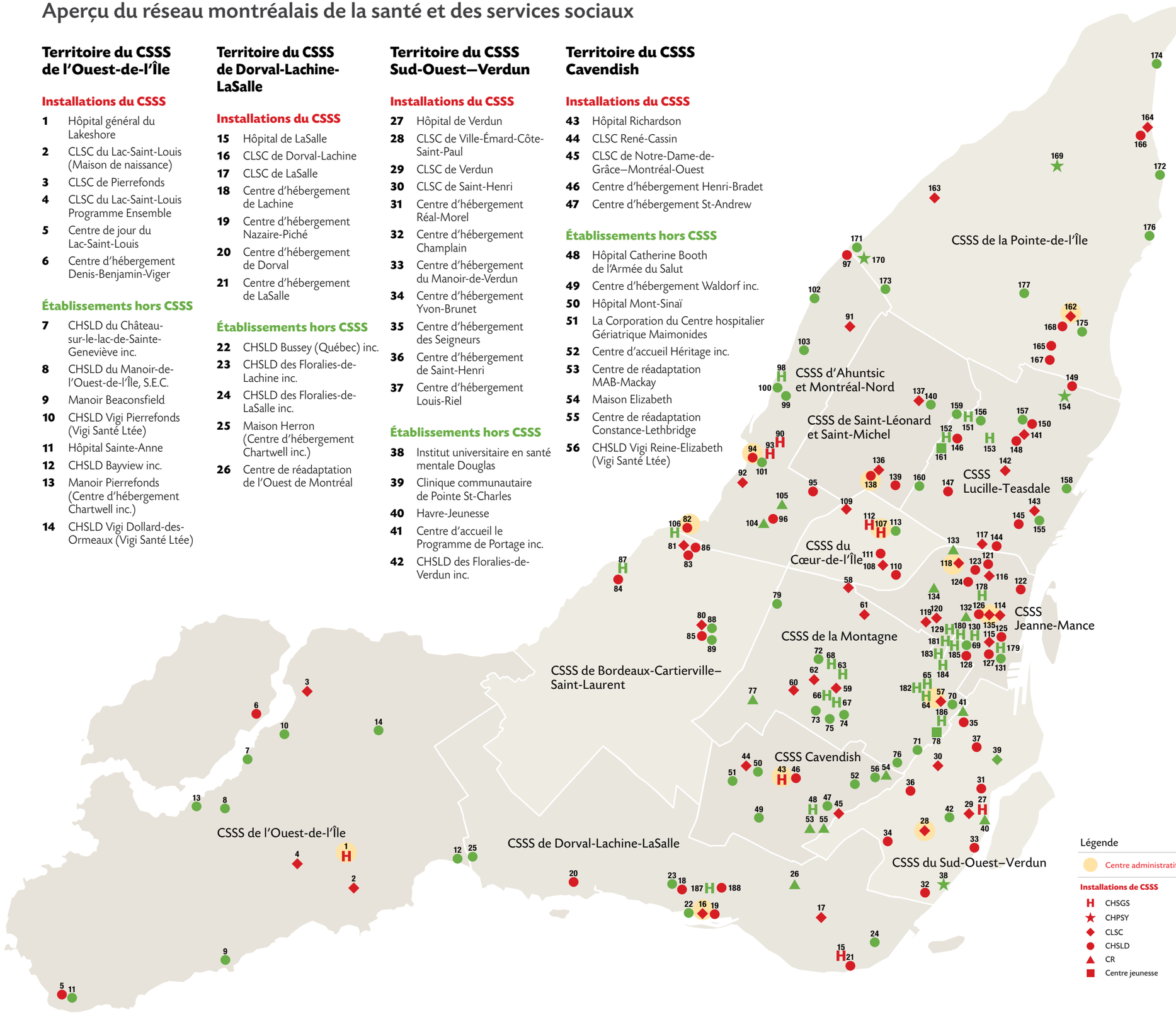
Territoire du CSSS Cavendish

Installations du CSSS

43 Hôpital Richardson
44 CLSC René-Cassin
45 CLSC de Notre-Dame-de-Grâce—Montréal-Ouest
46 Centre d'hébergement Henri-Bradet
47 Centre d'hébergement St-Andrew

Établissements hors CSSS

48 Hôpital Catherine Booth de l'Armée du Salut
49 Centre d'hébergement Waldorf inc.
50 Hôpital Mont-Sinaï
51 La Corporation du Centre hospitalier Gériatrique Maimonides
52 Centre d'accueil Héritage inc.
53 Centre de réadaptation MAB-Mackay
54 Maison Elizabeth
55 Centre de réadaptation Constance-Lethbridge
56 CHSLD Vigi Reine-Elizabeth (Vigi Santé Ltée)



Territoire du CSSS de la Montagne

Installations du CSSS

57 CLSC Métro
58 CLSC de Parc-Extension
59 CLSC de Côte-des-Neiges
60 Point de service Tupper (CLSC de Côte-des-Neiges)
61 Point de service Outremont (CLSC de Côte-des-Neiges)
62 Maison de naissance (CLSC de Côte-des-Neiges)

Établissements hors CSSS

63 Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine
64 Centre universitaire de santé McGill (CUSM) (siège social)**
65 Hôpital Shriners pour enfants (Québec) inc.
66 L'Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis
67 Centre hospitalier de St. Mary
68 Institut réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal
69 CHSLD Saint-Georges (Groupe Roy Santé inc.)
70 La Résidence Fulford
71 Centre d'hébergement St-Margaret (CSSS Cavendish)
72 Centre d'hébergement Father-Dowd (CSSS Cavendish)
73 CHSLD juif de Montréal
74 Institut universitaire de gériatrie de Montréal (Pavillon Côte-des-Neiges)
75 Institut universitaire de gériatrie de Montréal (Pavillon Alfred-DesRochers)
76 Château Westmount inc.
77 Centre Miriam
78 Les Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw (21 installations sur l'île de Montréal)
79 CHSLD Vigi Mont-Royal (Vigi Santé Ltée)

Territoire du CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent

Installations du CSSS

80 CLSC de Saint-Laurent
81 CLSC de Bordeaux-Cartierville
82 Centre d'hébergement Notre-Dame-de-la-Merci
83 Centre d'hébergement Saint-Joseph-de-la-Providence
84 Centre d'hébergement de Cartierville
85 Centre d'hébergement de Saint-Laurent
86 Pavillon des Bâtisseurs

Établissements hors CSSS

87 Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal
88 Les Cèdres - Centre d'accueil pour personnes âgées
89 Centre d'hébergement Saint-Vincent-Marie inc.

Territoire du CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord

Installations du CSSS

90 Hôpital Fleury
91 CLSC de Montréal-Nord
92 CLSC d'Ahuntsic
93 Services ambulatoires de santé mentale de l'Hôpital Fleury
94 Centre d'hébergement Laurendeau
95 Centre d'hébergement Légaré
96 Centre d'hébergement de Louvain
97 Centre d'hébergement Paul-Lizotte

Établissements hors CSSS

98 Hôpital Marie-Clarac
99 Vigi Santé Ltée
100 Résidence Angelica inc.
101 Résidence Berthiaume-Du Tremblay
102 Villa Belle Rive inc.
103 Centre d'hébergement et de soins de longue durée Gouin inc.
104 CRDITED de Montréal (26 installations sur l'île de Montréal)

Légende

Centre administratif de CSSS

Installations de CSSS		Établissements hors CSSS	
H	CHSGS	H	CHSGS
★	CHPSY	★	CHPSY
◆	CLSC	◆	CLSC
●	CHSLD	●	CHSLD
▲	CR	▲	CR
■	Centre jeunesse	■	Centre jeunesse

105 Centre de réadaptation en dépendance de Montréal – Institut universitaire

106 Centre métropolitain de chirurgie plastique inc.

Territoire du CSSS du Coeur-de-l'Île

Installations du CSSS

107 Hôpital Jean-Talon

108 CLSC de La Petite-Patrie

109 CLSC de Villeray

110 Centre d'hébergement Paul-Gouin

111 Centre d'hébergement Auclair

112 Clinique externe de psychiatrie

Établissement hors CSSS

113 Centre d'hébergement des Quatre-Saisons (CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel)

Territoire du CSSS Jeanne-Mance

Installations du CSSS

114 CLSC des Faubourgs (Point de service Papineau)

115 CLSC des Faubourgs (Point de service Sanguinet)

116 CLSC des Faubourgs (Point de service Parthenais)

117 CLSC des Faubourgs (Point de service Visitation)

118 CLSC du Plateau-Mont-Royal

119 CLSC Saint-Louis-du-Parc

120 CLSC Saint-Louis-du-Parc (Point de service Mont-Royal Ouest)

121 Centre d'hébergement Armand-Lavergne

122 Centre d'hébergement Émilie-Gamelin

123 Centre d'hébergement Bruchési

124 Centre d'hébergement Jean-De La Lande

125 Centre de réadaptation Jacques-Viger : unité de réadaptation fonctionnelle intensive

126 Centre d'hébergement Ernest-Routhier

127 Centre d'hébergement du Centre-Ville-de-Montréal

128 Centre d'hébergement du Manoir-de-l'Âge-d'Or

Établissements hors CSSS

129 Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) (siège social)*

130 Villa Medica inc.

131 L'Hôpital Chinois de Montréal (1963)

132 Institut Raymond-Dewar

133 La corporation du Centre de réadaptation Lucie-Bruneau

134 Atelier le Fil d'Ariane inc.

135 CLSC de Rosemont (CSSS Lucille-Teasdale)

Territoire du CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel

Installations du CSSS

136 CLSC Saint-Michel

137 CLSC de Saint-Léonard

138 Centre d'hébergement Saint-Michel

139 Centre d'hébergement des Quatre-Temps

Établissement hors CSSS

140 Centre d'hébergement Vincenzo-Navarro inc.

Territoire du CSSS Lucille-Teasdale

Installations du CSSS

141 CLSC Olivier-Guimond

142 CLSC de Rosemont (Point de service Village olympique)

143 CLSC de Hochelaga-Maisonneuve

144 Centre d'hébergement J.-Henri-Charbonneau

145 Centre d'hébergement de la Maison-Neuve

146 Centre d'hébergement Marie-Rollet

147 Centre d'hébergement Robert-Cliche

148 Centre d'hébergement Rousselot

149 Centre d'hébergement Jeanne-LeBer

150 Centre d'hébergement Éloria-Lepage

Établissements hors CSSS

151 Hôpital Santa Cabrini

152 Institut de cardiologie de Montréal

153 Hôpital Maisonneuve-Rosemont

154 Institut universitaire en santé mentale de Montréal

155 CHSLD Providence Notre-Dame de Lourdes inc.

156 Centre d'hébergement de la Maison Saint-Joseph inc.

157 Hôpital de soins prolongés Grace Dart

158 Centre de soins prolongés Grace Dart

159 Institut Canadien-Polonais du Bien-Être inc.

160 CHSLD Jean XXIII inc.

161 Le Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire

Territoire du CSSS de la Pointe-de-l'Île

Installations du CSSS

162 CLSC de Mercier-Est–Anjou

163 CLSC de Rivière-des-Prairies

164 CLSC de Pointe-aux-Trembles–Montréal-Est

165 Centre d'hébergement Pierre-Joseph-Triest

166 Centre d'hébergement François-Séguenot

167 Centre d'hébergement Biermans

168 Centre d'hébergement Judith-Jasmin

Établissements hors CSSS

169 Institut Philippe-Pinel de Montréal

170 Hôpital Rivière-des-Prairies

171 Centre d'hébergement de la Marée

172 Centre Le Cardinal inc.

173 Centre d'hébergement Champlain Marie-Victorin (Groupe Champlain inc.)

174 Résidence Rive Soleil inc.

175 Résidence Sainte-Claire inc.

176 Centre d'hébergement et de soins de longue durée Bourget inc.

177 CHSLD Le Royer (Groupe Roy Santé inc.)

*** Installations du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)**

178 Hôpital Notre-Dame du CHUM

179 Hôpital Saint-Luc du CHUM

180 Hôtel-Dieu du CHUM

181 Programme de recherche clinique CHUM-IRCM

**** Installations du Centre universitaire de santé McGill (CUSM)**

182 Hôpital général de Montréal

183 Hôpital neurologique de Montréal

184 Hôpital Royal Victoria

185 Institut thoracique de Montréal

186 L'hôpital de Montréal pour enfants

187 Hôpital de Lachine

188 Centre d'hébergement Camille-Lefebvre

2.1.2 Nombre d'établissements par catégorie

Les 82 établissements de la région offrent des services dans 332 installations.

		Privés		
	Publics	financés	non financés	Total
Centres de santé et de services sociaux	12			12*
Centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés	10	3	1	14**
Centres hospitaliers de soins psychiatriques	4			4
Centres d'hébergement et de soins de longue durée	7	14	16	37***
Centres de réadaptation - Alcoolisme et toxicomanie (2) - Déficience intellectuelle ou troubles envahissants du développement (4) - Déficience physique (4) - Mères en difficulté d'adaptation (1) - Jeunes en difficulté d'adaptation (1)	7	5		12
Centres jeunesse	2			2
Autre		1		1****
TOTAL DES ÉTABLISSEMENTS	**42**	**23**	**17**	**82**

* Tous les CSSS exploitent les missions CLSC et CHSLD et neuf exploitent également la mission CHSGS.
** N'inclut pas les CHSGS exploités par les CSSS.
*** N'inclut pas les centres d'hébergement exploités par les CSSS.
**** Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles.

2.1.3 Établissements selon leur statut universitaire*

Centres hospitaliers universitaires (CHU)
Centre hospitalier de l'Université de Montréal - Université de Montréal (UdeM)
Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine - UdeM
Centre universitaire de santé McGill - Université McGill

Centres affiliés universitaires (CAU)
Centre hospitalier de St. Mary - Université McGill
CSSS Cavendish - UdeM, Université du Québec à Montréal (UQÀM) et Université McGill
CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent – UdeM
CSSS de la Montagne - UdeM, UQÀM et Université McGill
CSSS Jeanne-Mance – UdeM et UQÀM
Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal - UdeM
Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis - Université McGill
Hôpital Maisonneuve-Rosemont - UdeM

Instituts universitaires (santé)
Institut universitaire en santé mentale de Montréal (santé mentale et réadaptation) – UdeM
Institut de cardiologie de Montréal (médecine vasculaire et cardiologie) - UdeM
Institut universitaire de gériatrie de Montréal (gériatrie) – UdeM
Institut universitaire en santé mentale Douglas (santé mentale) - Université McGill

Instituts universitaires (social)
Centre de réadaptation en dépendance de Montréal (dépendances) – UdeM et Université de Sherbrooke
Le Centre jeunesse de Montréal (violence chez les jeunes) - UdeM et UQÀM

*Conformément aux articles 88, 89, 90 et 91 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2).

2.1.4 Établissements ayant une vocation suprarégionale*

Centre de réadaptation Constance-Lethbridge

- Adaptation complexe de véhicules automobiles
- Évaluation des capacités de travail pour des clientèles ayant des profils cliniques complexes
- Services aux adultes ayant subi un traumatisme cranio-cérébral et présentant un trouble grave du comportement
- Services à la clientèle présentant des affections rhumatologiques sévères

Institut Raymond-Dewar

- Services surspécialisés à la clientèle ayant reçu un implant cochléaire et à la clientèle sourde-aveugle
- Services pour les personnes sourdes utilisant le langage gestuel et les aides de suppléance à l'audition

Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal

- Services aux blessés médullaires
- Services aux personnes tétraplégiques à dépendance respiratoire

La corporation du Centre de réadaptation Lucie-Bruneau

- Services aux blessés médullaires
- Services aux personnes tétraplégiques à dépendance respiratoire

*Conformément à l'article 112 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, en vue de favoriser l'intégration des services, le ministre peut, après avoir consulté l'Agence, déterminer la vocation suprarégionale d'un établissement à l'égard de certains services ultraspécialisés qu'il offre et limiter à certains établissements la fonction d'offrir certains services ou de fournir certains médicaments qu'il détermine (chapitre S-4.2). Toutefois, sur le territoire montréalais, on retrouve de nombreux autres établissements ayant une mission universitaire pouvant s'étendre à l'ensemble de la province (voir page précédente pour connaître l'ensemble des établissements ayant un statut universitaire). De plus, la région montréalaise compte aussi sur son territoire deux réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) ayant pour mission de donner des soins et des services à des patients provenant de l'ensemble du Québec.

2.2 Les principales modifications apportées au réseau au cours de l'année 2012-2013

Acquisition, intégration, fusion et fermeture d'établissements

Nouvel actionnaire pour le CHSLD Jean XXIII inc.

L'exploitant du CHSLD Jean XXIII inc. (permis numéro 1104-4039) a vendu la totalité des actions de l'entreprise CHSLD Jean XXIII inc. à la société 9264-4921 Québec inc. La transaction a été conclue le 31 octobre 2012. Le nouvel acheteur, Monsieur Mortuza Bakshi, est l'actionnaire unique de la personne morale titulaire du permis d'exploitation. Il est également le nouveau directeur général du centre d'hébergement. Le CHSLD Jean XXIII est un établissement privé non conventionné de 24 lits d'hébergement permanent.

Fusion de l'établissement Centre d'hébergement Saint-Vincent-Marie

Le Centre d'hébergement Saint-Vincent-Marie inc., un établissement privé de 66 lits (ancien numéro de permis 1478-3344), a été fusionné au Centre d'hébergement et de soins de longue durée Saint-Jude inc. La dénomination de la nouvelle personne morale issue de cette fusion en vertu de la *Loi sur les sociétés par actions* est CHSLD Age3 Inc. (permis numéro 1104-4955). Cet établissement privé conventionné, situé sur le territoire de Laval compte deux installations : le CHSLD Saint-Jude (permis numéro 5123-3997) et le CHSLD Saint-Vincent-Marie (permis numéro 5123-4003), situé à Montréal. L'autorisation ministérielle pour cette transformation est effective au 3 avril 2012.

Annulation du permis de la Résidence Griffith-McConnell

Le ministère a annulé, en septembre 2012, le permis d'exploitation de la Résidence Griffith-McConnell, une installation de l'établissement Les résidences montréalaises de l'Église unie pour personnes âgées (permis numéro 1256-0710). L'établissement exploitait un CHSLD privé de 216 lits qui a fermé ses portes le 18 juin 2010.

Révocation du permis du Centre d'accueil Héritage inc.

Le ministre de la Santé et des Services sociaux, Réjean Hébert, a révoqué le permis d'exploitation du Centre d'accueil Héritage inc. (permis numéro 2437-5305). Cet établissement d'hébergement et de soins de longue durée avait une capacité de 16 lits. La révocation est effective au 11 février 2013. L'Agence avait amorcé en novembre 2012 la démarche pour la révocation du permis en faisant état au ministre de ses inquiétudes au niveau de la qualité et de la sécurité des soins et des services offerts à la clientèle du CHSLD.

Intégration de l'Hôpital Catherine Booth au CSSS Cavendish

À la suite de l'entrée en vigueur le 1er octobre 2012 de la convention d'intégration entre le CSSS Cavendish et l'Hôpital Catherine Booth de l'Armée du Salut (CHSGS comptant 84 lits de santé physique), l'établissement Hôpital Catherine Booth (permis numéro 1154-6389) est devenu une installation du CSSS Cavendish (permis numéro 1104-4245).

Désignation universitaire

Désignation universitaire pour L'Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis

L'Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis. (permis numéro 1268-5608) a obtenu le statut de centre affilié universitaire (CAU). Le ministre de la Santé et des Services sociaux, Yves Bolduc, a accordé cette désignation universitaire le 20 décembre 2011, conformément à l'article 91 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (chapitre S-4.2).

Nouvelles dénominations sociales

Centre de réadaptation en dépendance de Montréal

Le Registraire des entreprises a émis le 25 mars 2013 des lettres patentes supplémentaires pour Le Centre Dollard-Cormier (permis numéro 1104-3072) afin de changer son nom en celui de **Centre de réadaptation en dépendance de Montréal**.

Institut universitaire en santé mentale de Montréal

Le Registraire des entreprises a délivré le 18 février 2013 les lettres patentes supplémentaires pour changer le nom de l'établissement Hôpital Louis-H. Lafontaine en celui de **Institut universitaire en santé mentale de Montréal** (permis numéro 1104-2215). L'établissement avait obtenu le statut d'institut universitaire en juillet 2011.

2.3 L'effectif du réseau par catégorie d'emploi

Tableau 3 : Effectif en poste

CATÉGORIES D'EMPLOI	SOUS-CATÉGORIE D'EMPLOI	NOMBRE DE PERSONNES
Personnel d'encadrement	Hors-cadre	89
	Cadre supérieur	517
	Cadre médecin	32
	Cadre intermédiaire	3 835
	Temporaire en situation de gestion	230
	TOTAL	**4 703**
Personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires	Infirmière	11 080
	Infirmière clinicienne et praticienne	6 761
	Inhalothérapeute	1 147
	Perfusionniste	44
	Infirmière auxiliaire	5 542
	Externe en soins infirmiers	28
	Externe en inhalothérapie	39
	TOTAL	**24 641**
Personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers	Préposé aux bénéficiaires	14 114
	Auxiliaire familiale	1 684
	Autres paratechniques	2 956
	Services auxiliaires	9 582
	Métiers	524
	TOTAL	**28 860**
Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux	Technicien de la santé	5 565
	Professionnel de la santé	3 749
	Technicien des services sociaux	3 895
	Professionnel des services sociaux	4 688
	Externe en technologie médicale	30
	TOTAL	**17 927**
Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration	Employé de bureau	11 517
	Technicien de l'administration	1 921
	Professionnel de l'administration	1 126
	TOTAL	**14 564**
Personnel non visé par la Loi 30	Pharmacien	525
	Biochimiste clinique	31
	Physicien	73
	Sage-femme	41
	Étudiant	98
	TOTAL	**768**
	GRAND TOTAL	**91 463**

Tableau 4 : Répartition des médecins par discipline*

DISCIPLINES	2011 2012	2012 2013	DISCIPLINES	2011 2012	2012 2013
Allergie-immunologie	24	24	Médecine interne	133	152
Allergie pédiatrique	13	13	Médecine nucléaire	32	33
Anatomo-pathologie	90	87	Microbiologie médicale	79	77
Anesthésiologie	199	206	Microbiologie médicale pédiatrique	10	11
Anesthésiologie pédiatrique	37	38	Néphrologie	81	80
Biochimie médicale	19	18	Néphrologie pédiatrique	12	12
Cardiologie	183	183	Neuro-chirurgie	34	33
Cardiologie pédiatrique	16	16	Neurologie	105	101
Chirurgie cardiovasculaire et thoracique	31	32	Neurologie pédiatrique	17	15
Chirurgie générale	124	126	Obstétrique-gynécologie	168	170
Chirurgie pédiatrique	13	13	Ophtalmologie	120	118
Chirurgie thoracique	12	11	Oto-rhino-laryngologie	66	66
Chirurgie vasculaire	18	18	Pédiatrie générale	128	130
Chirurgie orthopédique	89	90	Pédiatrie maladies infectieuses	7	7
Chirurgie plastique	54	54	Pédiatrie néonatalogie	32	34
Dermatologie	48	48	Pédiatrie soins intensifs	17	17
Dermatologie pédiatrique	7	8	Pédiatrie urgence	47	46
Endocrinologie	82	82	Physiatrie	40	39
Endocrinologie pédiatrique	14	15	Pneumologie	98	99
Gastro-entérologie	87	90	Pneumologie pédiatrique	12	12
Gastro-entérologie pédiatrique	16	16	Pédopsychiatrie	96	84
Génétique médicale	24	25	Psychiatrie adulte	339	297
Gériatrie	36	36	Radiologie diagnostique	182	180
Hématologie-oncologie	105	111	Radio-oncologie	60	59
Hématologie-oncologie pédiatrique	21	24	Rhumatologie	45	46
Médecine d'urgence	56	57	Rhumatologie pédiatrique	6	6
Médecine d'urgence pédiatrique	3	4	Santé communautaire	51	58
Médecine générale (omnipratique)	2386	2428	Urologie	60	61
Total des médecins omnipraticiens				**2386**	**2428**
Total des médecins spécialistes				**3498**	**3488**
GRAND TOTAL				**5884**	**5916**

*Les données présentées n'incluent pas les médecins omnipraticiens ni les médecins spécialistes pratiquant exclusivement en cabinet privé.

Sources : sites Web du MSSS et de la RAMQ, le 23 avril 2013.

2.4 L'accès aux services en langue anglaise

À la suite à la fermeture du Centre d'accueil Héritage Inc. et à la fusion de Hôpital Catherine Booth de l'Armée du Salut avec le CSSS Cavendish, la région de Montréal comprend 23 établissements « désignés » pour rendre l'ensemble de leurs services accessibles en anglais et 22 établissements indiqués pour assurer l'accessibilité d'au moins une partie de leurs services en anglais. Deux établissements hors-région offrent aussi des services à la population d'expression anglaise de Montréal.

Parmi les autres activités soutenues par l'Agence de Montréal pour améliorer l'accès aux services en langue anglaise, mentionnons la réorganisation des services psychosociaux en milieu scolaire pour jeunes en difficulté ou atteints d'une déficience intellectuelle ou d'un trouble envahissant du développement d'expression anglaise dans l'est de Montréal et la formation en anglais langue seconde de membres du personnel des neuf CSSS indiqués de Montréal.

	CSSS	HÔPITAUX	CHSLD	CENTRES JEUNESSE	CENTRES DE RÉADAPTATION	AUTRES	TOTAL
Désignés	3	7	6	1	6	0	**23**
Indiqués	9	5	2	0	5	1*	**22**
Hors région	0	1	0	0	1	0	**2**

*Clinique communautaire de Pointe St-Charles.

2.5 L'accès aux communautés multiculturelles

Depuis quelques années, l'Agence offre des formations à l'intention du personnel des établissements visant à favoriser l'accès aux services de santé et aux services sociaux aux différentes communautés culturelles. De plus, en soutien aux établissements, la Banque interrégionale d'interprètes (plus d'une centaine d'interprètes et 55 langues parlées) a offert quelques 48 000 heures en services d'interprétation, et a enregistré 24 000 demandes permettant à plus de 20 000 usagers allophones de bénéficier de services d'interprétation.

Cette année, l'Agence a également participé à trois projets « Défi Montréal » financés par le ministère de l'Immigration et des Communautés cultuelles et ayant comme objectif de soutenir le réseau de la santé et des services sociaux dans son effort d'intégration des nouveaux immigrants. Un projet initié par l'Hirondelle, organisme d'accueil aux nouveaux arrivants, a permis à trois établissements de développer une approche de parrainage pour améliorer la rétention en emploi de nouveaux préposés aux bénéficiaires et d'auxiliaires en santé et services sociaux arrivés au Québec après 2006. Les établissements participants sont le CHUM, le CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord ainsi que l'Institut universitaire de gériatrie. Le Club de recherche d'emploi Montréal Centre-ville, quant à lui, œuvre avec deux établissements, soit le CHUM et l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal, à faciliter l'insertion en emploi des médecins diplômés hors du Canada et des États-Unis qui ont renoncé à leur droit d'exercice, mais sont toutefois désireux de poursuivre leur vie professionnelle dans le réseau de la santé et des services sociaux par une approche de recrutement basée sur le profil de compétences de professionnels médicaux. Enfin, l'Agence a développé un module de formation expliquant le réseau à une main-d'œuvre nouvellement immigrée au Québec et potentiellement intéressée à travailler dans le réseau de la santé et des services sociaux.

2.6 Les activités communautaires

En 2012-2013, l'Agence de Montréal a soutenu l'action de 648 organismes en leur allouant une somme totale de 120 850 823 $. De ce montant, 100 855 312 $ ont été accordés à 524 organismes communautaires par l'entremise du *Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC),* et 19 995 511 $ par le biais d'autres programmes (voir les tableaux 5 et 27 pour les détails).

Tableau 5 : Répartition du nombre d'organismes subventionnés par catégorie dans le cadre du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) et des autres programmes

	NOMBRE D'ORGANISMES SUBVENTIONNÉS AU 31 MARS 2013	
CATÉGORIES	PSOC	PSOC ET AUTRES PROGRAMMES
Alcoolisme /toxicomanie et autres dépendances	15	15
Assistance et accompagnement / centres téléphoniques	1	1
Autres ressources jeunesse	48	49
Autres ressources pour femmes	5	5
Autres ressources pour hommes	7	7
Cancer	2	2
Centres d'action bénévole	6	6
Centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel	5	5
Centres de femmes	28	28
Communautés culturelles	31	32
Concertation et consultation générale	5	5
Contraception, allaitement, périnatalité, famille	7	7
Déficience intellectuelle	22	22
Déficience physique	27	27
Maintien à domicile	72	74
Maisons des jeunes	31	32
Maisons d'hébergement communautaire jeunesse	15	15
Maisons d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté	28	28
Maisons d'hébergement pour hommes en difficulté	6	6
Organismes de justice alternative	2	2
Orientation et identité sexuelle	3	3
Personnes démunies	49	49
Santé mentale	91	91
Santé physique	6	6
Troubles envahissants du développement	2	2
VIH-SIDA	17	17
SOUS-TOTAL	**531**	**536**
Autres organismes		119
Organismes financés dans plus d'une catégorie	(7)	(7)
TOTAL organismes subventionnés	**524**	**648**

ANNEXE 3: LES FICHES DE REDDITION DE COMPTES 2012-2013

Cette section présente l'ensemble des fiches de reddition de comptes telles que présentées au ministère de la Santé et des services sociaux en mai 2013 afin de rendre compte des résultats en lien aux objectifs inscrits à l'entente de gestion 2012-2013.

AXE : ATTENTES SPÉCIFIQUES

SUJETS	RÉSULTATS
• Programme québécois de dépistage du cancer colorectal (PQDCCR)	
• Accès aux services spécialisés	
• Élaboration d'un plan clinique régional en santé physique	
• Les ressources humaines (projet d'implantation de l'approche de performance *LEAN HEALTHCARE SIX SIGMA)*	
• La *Loi sur la gouvernance et la gestion des ressources informationnelles des organismes publics et des entreprises du gouvernement* (Loi 133)	Les travaux sont en cours pour toutes ces attentes.
• Accès aux services de santé mentale	
• Perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV) ▪ mise en œuvre du plan de services intégrés PALV 2011-2013 ▪ rehaussement des heures/soins pour plus de 600 places ▪ fermeture de l'ensemble des USLD	Voir les commentaires plus bas.
• Stratégie d'action jeunesse 2009-2014	
• Évaluation du bien-être et de l'état de santé physique des réfugiés	
• Projets issus du Fonds de financement des établissements de santé et de services sociaux (FINESSS)	
• Répertoire des ressources	

COMMENTAIRES

Programme québécois de dépistage du cancer colorectal (PQDCCR)

Les trois sites pilotes de la région ont continué la révision de leurs processus pour implanter les normes du programme. La gestion de l'accès et des listes d'attente demeurent des enjeux importants pour les trois sites. L'Agence assure un suivi régulier avec chacun d'entre eux. Conjointement avec le MSSS, l'Agence a décidé de recruter un chargé de projet régional qui accompagnera chaque site pilote pour compléter le déploiement du programme en 2013-2014.

Accès aux services spécialisés

L'Agence a poursuivi l'application de son plan d'action régional qui vise plusieurs domaines : chirurgie, imagerie médicale, endoscopie et consultations médicales spécialisées. En chirurgie, un bilan des zones franches a permis de déterminer des améliorations possibles afin d'augmenter les bénéfices de cette mesure. De plus, avec le MSSS, l'Agence a entrepris des travaux pour ouvrir un bloc opératoire régional (BOR) dans un premier établissement en

2013-2014. Ce BOR permettra aux chirurgiens de la région ayant des cas en attente depuis plus d'un an de les opérer rapidement.

En imagerie et en endoscopie, l'Agence a entrepris l'élaboration d'un plan régional d'organisation des services qui devrait être complété à l'hiver 2014. La première étape vise à dresser un portrait de l'offre de service actuelle.

L'Agence a investi des efforts importants dans l'accès aux consultations médicales spécialisées. D'une part, pour la clientèle pédiatrique, des travaux débutés en 2012-2013 permettront bientôt de rendre accessibles aux médecins de première ligne des références vers des médecins spécialistes en pneumologie, endocrinologie, gastro-entérologie et allergologie à partir de critères uniformisés sur l'île de Montréal. D'autre part, le déploiement de l'accueil clinique s'est poursuivi dans plusieurs CSSS.

Enfin, considérant la grande mobilité de la clientèle montréalaise, l'Agence a décidé d'acquérir un système informatique régional pour soutenir le fonctionnement des guichets d'accès aux services spécialisés dans toute la région. Ce système sera la porte d'entrée pour les médecins de première ligne désirant diriger leurs patients vers des services spécialisés.

Élaboration d'un plan clinique régional en santé physique

L'Agence a entrepris des travaux visant à définir l'organisation souhaitée des services en cancer, musculo-squelettique, cardio-vasculaire et de l'œil.

Ressources humaines

Projet d'implantation d'une culture LEAN HEALTHCARE SIX SIGMA au CSSS du Sud-Ouest–Verdun (CSSS SOV)

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) lançait en 2011 une première série de projets Lean Healthcare Six Sigma impliquant trois établissements et leur agence respective. Pour la région de Montréal, le CSSS SOV a été retenu. Ce projet avance au rythme prévu et des résultats tangibles sont perceptibles en matière d'efficience. Ainsi, la démarche a débuté il y a plus d'un an et la répartition des projets dans l'établissement est effectuée de la façon suivante : un projet vitrine puis trois vagues de trois projets. Le tout prendra fin en août 2014. Ce mandat inclut également deux autres projets devant être réalisés par l'Agence et un par le MSSS :

- Au CSSS SOV, l'échéancier de réalisation est respecté avec quatre projets à terme et trois autres en cours.
- Le projet de l'Agence a été identifié, la fiche de qualification a été complétée et présentée au comité de direction. Les travaux en cours d'un groupe d'experts permettent de définir les balises et les orientations du projet.
- En ce qui concerne le projet du MSSS, des suggestions venant de l'Agence et du CSSS ont été soumises au comité ministériel. Une décision finale est à venir.

Par ailleurs, au cours des derniers mois, le MSSS lançait une deuxième phase afin de soutenir les établissements ayant débuté une démarche d'implantation d'une culture LEAN.

Projets concernant les conditions d'exercice du travail des cadres - LEAN Management

Suivant les objectifs du MSSS, l'Agence de Montréal fait du développement des compétences, en lien avec l'approche *LEAN*, une priorité depuis 2011.

- *Séminaires LEAN*

  En collaboration avec le Pôle Santé HEC Montréal, des séminaires de formation de deux jours ont été dispensés aux établissements publics et privés conventionnés. Afin d'accroître les échanges et le partage de bonnes pratiques, les établissements ayant participé aux séminaires ont, depuis janvier 2012, la possibilité de bénéficier d'un suivi d'une demi-journée pour le démarrage du plan d'action d'un projet propre à leur établissement.

- *Programme d'amélioration des conditions d'exercice des cadres phase 2*
  Au printemps 2012, neuf établissements ont présenté des projets visant l'amélioration des conditions d'exercice des cadres et six se sont qualifiés. Le comité ministériel a retenu les douze projets proposés par les six établissements. Ceux qui ont vu leurs projets retenus sont : le Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), le Centre universitaire de santé McGill (CUSM), le CSSS de la Pointe-de-l'Île, la Corporation du Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, le Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine et l'Institut universitaire en santé mentale Douglas.
- *Microprogrammes de 2e cycle en gestion de projet et LEAN Management*
  Dans le but de permettre aux cadres des établissements de développer davantage leurs compétences en gestion de projet et LEAN Management, l'Agence fait la promotion des microprogrammes de 2e cycle offerts par l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR), HEC Montréal et l'Université Laval. Certaines composantes sont offertes en mode *E-Learning*.

Loi sur la gouvernance et la gestion des ressources informationnelles des organismes publics et des entreprises du gouvernement (Loi 133)

L'Agence a accordé la priorité à ce dossier au cours de la dernière année. À la suite de la formation offerte à tous les participants par le MSSS, l'Agence a pris la relève pour s'assurer de transmettre les directives du MSSS aux établissements et poursuivre la formation des intervenants aux différentes étapes du processus. Tous les établissements de la région ont complété leur *planification triennale des projets et des activités en matière de ressources informationnelles* (PTPARI) et celle-ci a été enregistrée adéquatement dans le système de gestion Actif+ Réseau. En décembre 2012, un second état de santé des projets de 100 000 $ et plus a été réalisé. L'Agence arrive à la conclusion que l'ensemble des projets de la région est sous contrôle après validation. Ce processus est nouveau pour tous et demande une période d'adaptation.

Les activités sont en cours pour la réalisation de la *programmation annuelle des ressources informationnelles* (PARI). Des ressources supplémentaires prévues au budget 2013-2014 soutiendront la réalisation des activités dans les délais prévus pour la prochaine année, notamment l'analyse de plus de 530 nouveaux projets, afin d'émettre un avis de pertinence à court terme. Cet avis est requis pour que le MSSS approuve le projet et permette aux établissements de le réaliser.

Accès aux services de santé mentale

- En cours d'année, la mise en place des équipes de première ligne en santé mentale s'est poursuivie dans les CSSS à qui l'Agence avait autorisé l'ajout de ressources. Globalement, les services de première ligne pour les jeunes disposent de 89 % des ressources requises, alors que les services aux adultes disposent de 82 % des ressources requises. Environ 10 % des postes sont toutefois financés sur une base transitoire. La complétion des équipes se poursuivra en 2013-2014, notamment en rendant récurrent le financement d'une partie des ressources transitoires.
- En ce qui concerne l'implantation d'un réseau hiérarchisé de psychiatrie légale : les travaux régionaux pour la mise en place de services hiérarchisés ont été reportés à l'année 2013-2014.

Perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV)

- Rehaussement des heures/soins pour plus de 600 places : 300 places ont été rehaussées en 2012-2013.
- La mise en œuvre des actions se rapportant aux quatre axes d'intervention du plan d'action montréalais se poursuit. La trajectoire de l'offre de service aux personnes âgées est le fil conducteur des actions entreprises.
- En 2013-2014, il est ainsi prévu de poursuivre les actions entreprises dans le cadre du plan d'action, de finaliser la fermeture des USLD et de poursuivre le rehaussement des places en centres d'hébergement.

Stratégie d'action jeunesse 2009-2014

Volet Programme de qualification des jeunes (PQJ) - 2012-2013

Le programme de qualification des jeunes s'adresse aux personnes âgées de 16 à 19 ans ayant des besoins spécifiques en vue de leur préparation au passage à la vie adulte. L'objectif du programme est de prévenir la marginalisation de jeunes issus des centres jeunesse au moment où ils atteignent leur majorité et/ou cesse leur prise en charge. Le programme vise donc à augmenter les chances que ces jeunes s'intègrent progressivement dans un projet de vie socialement épanouissant. Le programme est implanté dans les deux centres jeunesse de la région montréalaise, soit le Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire et les Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw. Le tableau suivant met en relief le nombre de jeunes rejoints par les différents volets de ce programme dans la région montréalaise :

	NOMBRE DE JEUNES		
ÉTABLISSEMENTS	PQJ RÉGULIER (MSSS)	PQJ RÉGULIER (SAJ)	PQJ INTENSIF (SAJ)
Centre jeunesse de Montréal - Institut universitaire	50	20	10
Les Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw	40	s.o.	s.o.

Évaluation du bien-être et de l'état de santé physique des réfugiés

Le pourcentage de personnes réfugiées évaluées est de 92 % pour les bilans de santé psychosociale et 56 % pour les bilans de santé physique. Depuis février 2013, les bilans de santé psychosociale et de santé physique sont offerts également aux réfugiés parrainés par la collectivité.

Projets issus du Fonds de financement des établissements de santé et de services sociaux (FINESSS)

- *Étude pour une meilleure prise en charge des grands consommateurs*

  Le « Projet d'optimisation pour une meilleure prise en charge des grands consommateurs de soins hospitaliers montréalais » comporte quatre étapes. La première, financée par le fonds FINESSS, visait à élaborer un portrait régional des grands consommateurs de soins et services à l'urgence, en hospitalisation et en CLSC, au sein de tous les CSSS et CHSGS de la région de Montréal. Cette étape a été complétée à l'automne 2013. Les principaux résultats révèlent qu'une personne sur 100 revient six fois et plus à l'urgence, une personne sur 100 a plus de quatre hospitalisations et une personne sur 100 a plus de 100 interventions en CLSC, et ce, sur une base annuelle. Le portrait a permis de réaliser que seulement 16 000 personnes, sur l'ensemble de la population montréalaise, sont considérées comme « de grands consommateurs ». Les étapes suivantes, démarrées en novembre 2012, consistent à élaborer un plan d'action ciblant les clientèles de grands consommateurs et évaluer les résultats. Ces étapes sont en cours de réalisation.

- *Optimisation de la gestion des postes de travail*

  Ce projet en cours de réalisation.

Répertoire des ressources en santé et services sociaux à Montréal

Le pourcentage de mises à jour effectuées dans le répertoire des ressources en santé et services sociaux est de 95 %. L'objectif est donc atteint, selon le cadre normatif RRSS.

AXE : MESURES D'OPTIMISATION

SUJETS	ACTIONS RÉGIONALES	ÉTAT D'AVANCEMENT AU 31 MARS 2013
La téléphonie IP	• Maintenir à niveau 37 systèmes supportés par les manufacturiers. • Remplacer 10 systèmes téléphoniques désuets en adéquation avec les orientations du MSSS.	L'Agence a travaillé avec plusieurs établissements au cours de la dernière année pour la mise à jour de leur système téléphonique. Les dossiers ont été revus avec le ministère afin d'assurer le respect des orientations ministérielles avant de lancer les appels d'offres.

La téléphonie cellulaire	• Transfert au nouveau contrat de la Corporation des services regroupés de l'Estrie (CSRE) :
	  • état de situation;
	  • bénéfices.
	• Inventaire au 30 juin 2012 des services cellulaires utilisés dans la région.
		Quatre vingt-cinq pourcent (85 %) des établissements de Montréal participent au contrat de la Corporation des services regroupés de l'Estrie. Ceux qui n'y participent pas venaient tout juste de renouveler leur entente avec leur fournisseur. Dès la fin de celle-ci, ils adhèreront au regroupement de l'Estrie.

La visioconférence	• Fournir l'inventaire des stations de visioconférence, au plus tard le 30 juin 2012, incluant les services de visioconférence avec caméra Web. • Explorer la mise en œuvre d'un service de visioconférence avec caméra Web minimalement régional ou suprarégional.	Un inventaire des systèmes de visioconférence a été transmis au MSSS en 2012. Un projet piloté par le MSSS a débuté au début de l'année 2013. L'Agence analyse présentement la façon de s'y intégrer.

Le courrier électronique	• Préparer la migration :
	  • épurer les archives des boîtes de courrier électronique sur les postes de travail;
	  • épurer les boîtes de courrier électronique;
	  • optimiser le nombre de licences de logiciels;
	  • normaliser les adresses de courrier électronique (@ssss.gouv.qc.ca).
	• Inventorier les systèmes :
	  • inventorier les systèmes applicatifs et informationnels développés avec le collecticiel Lotus Notes et élaborer une stratégie visant à en gérer l'évolution et à les adapter au nouveau contexte technologique.
	• Suivant l'adjudication du contrat :
	  • participer à l'élaboration du plan régional de migration;
	  • coordonner la gestion du changement dans la région.
		Le plan de travail pour préparer le réseau à la migration est en cours d'élaboration.

AXE : MESURES D'OPTIMISATION

SUJETS	ACTIONS RÉGIONALES	ÉTAT D'AVANCEMENT AU 31 MARS 2013
La gestion du parc des postes de travail	• Inventorier les systèmes d'information qui ont une dépendance forte avec la suite bureautique Microsoft Office (Word, Excel et ACCESS) pour opérer. • Optimiser la gestion du parc des postes de travail par : ▪ une gestion régionale des licences par l'entremise de regroupements d'achats; ▪ un partage de l'expérimentation du déploiement des systèmes d'information cliniques ou administratifs; ▪ la centralisation de la gestion du déploiement et de l'évolution des postes de travail associée à un déploiement opérationnel au niveau des établissements. • Élaborer le plan régional d'optimisation du parc par l'utilisation du client léger en accord avec le « Guide d'optimisation du parc des postes de travail » (avril 2012).	Une étude a été réalisée par l'Agence et soumise au MSSS. La recommandation principale est de mettre en place un centre d'expertise pour coordonner le déploiement des postes de travail de clients légers. D'ici là, l'Agence s'assurera d'atteindre l'objectif de la virtualisation de 8 203 postes de travail additionnels. Plusieurs établissements de la région ont déjà débuté la migration de leurs postes vers les clients légers.
Le regroupement des centres de traitement de données	• Inventorier les centres de traitement dans la région qui ont plus de quatre serveurs. • Élaborer le plan d'optimisation visant à : ▪ réduire progressivement le nombre de centres de traitement dans la région en adéquation avec les orientations du MSSS; ▪ optimiser les investissements récemment consentis; ▪ optimiser les ressources TI spécialisées; ▪ introduire les mécanismes de gouvernance régionale évitant l'agrandissement ou la mise en place de nouveaux centres de traitement (CTI) ; ▪ identifier la stratégie de continuité de services en maximisant les centres de traitements déjà en place dans la région. La stratégie de relève devra être précisée et mise en œuvre dans le plan d'optimisation.	Un plan d'affaires a été réalisé et soumis au ministère. Des enjeux importants sont encore présents et requièrent, à court terme, des réponses pour éviter des pertes de services : **Déménagement du centre de traitement de Christophe-Colomb** Le 30 juin 2014, la Commission scolaire de Montréal (CSDM) reprendra possession de son immeuble qui abrite le centre de traitement de Christophe-Colomb. Il faudra le relocaliser rapidement. **Renouvellement du contrat d'exploitation des infrastructures informatiques du Technocentre de Montréal** Les besoins de la région de Montréal ont évolué depuis le premier contrat d'exploitation donné par l'Agence il y a plus de dix ans. Les besoins sont maintenant axés sur la gestion d'un contrat d'exploitation basé sur un panier de services avec des niveaux de services. Un processus d'appel d'offres, regroupant la sélection d'un exploitant et la migration vers ce nouveau fournisseur, demande une période de douze mois pour être réalisé.

AXE : MESURES D'OPTIMISATION

SUJETS	ACTIONS RÉGIONALES	ÉTAT D'AVANCEMENT AU 31 MARS 2013
		Agrandissement du 400 de Maisonneuve Ouest À la suite de la fermeture du 5100 de Maisonneuve, le site du 400 de Maisonneuve Ouest a été identifié comme site d'expansion pour le CUSM. Toutefois, dans sont état actuel, ce site ne permet pas d'héberger tous les centres de traitement de la région. Une proposition a été déposée au MSSS pour aller en appel d'offres afin de trouver un site d'hébergement centralisé.
L'approvisionnement en commun	• Obtenir l'engagement des établissements pour la réalisation du plan d'action régional. • Réaliser des économies récurrentes de 10 M$ en 2012-2013.	Outre les objectifs régionaux relatifs à l'achat en commun, une démarche régionale d'optimisation englobant l'ensemble des activités d'approvisionnement a été réalisée. Cette démarche a permis d'identifier les pratiques exemplaires et de comparer les pratiques logistiques des établissements de la région dans le but d'évaluer les écarts et d'orienter les priorités d'action de l'Agence. Par ailleurs, deux initiatives visant des économies en matière d'approvisionnement pour des infrastructures technologiques ont été réalisées au cours de la dernière année. L'ensemble des établissements de la région participent à l'une ou l'autre de ces initiatives. De plus, les établissements de la région de Montréal ont réalisé des économies à la suite de renouvellement d'ententes de services avec différents fournisseurs. Les économies réalisées seront calculées en 2013-2014 lorsque les états financiers des établissements seront déposés.
L'énergie	• Poursuivre les démarches liées au dépôt de nouveaux projets en matière d'efficacité énergétique et de développement durable au regard des politiques et objectifs gouvernementaux en ce domaine.	Quatre projets majeurs ont été autorisés en 2012-2013. Leur complétion est prévue en 2013-2014 ou 2014-2015. Le montage financier des projets se résume ainsi : • investissements de 36,4 M$; • subventions ministérielles de 4,45 M$; • économies annuelles générées de 2,67 M$. Les retombées prévues sont globalement : • des économies d'énergie de 240 K gigajoules; • une diminution des gaz à effet de serre de 12 500 tonnes de CO2. Un projet déposé fin 2012-2013 est actuellement à l'étude. Ce projet comprend une composante efficacité énergétique ainsi qu'un volet développement durable.

AXE : MESURES D'OPTIMISATION

SUJETS	ACTIONS RÉGIONALES	ÉTAT D'AVANCEMENT AU 31 MARS 2013
Système de paie	• Poursuivre les travaux visant à avoir un système de paie par fournisseur dans la région de Montréal.	Sept établissements de la région ont entamé une analyse des possibilités d'optimisation et de regroupement de leur système de paie. Des standards ou points de référence en provenance d'autres régions ont été recensés. Les travaux se poursuivront l'an prochain.

AXE : MESURES D'OPTIMISATION – ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES

SUJETS	ACTIONS RÉGIONALES	ÉTAT D'AVANCEMENT AU 31 MARS 2013
Accès aux services spécialisés de chirurgie	• Diagnostic organisationnel pour chaque établissement. • Révision des processus. • Planification de l'implantation de zone(s) franche(s) et de centrale(s) de rendez-vous.	L'Agence a établi un portrait de chaque établissement, puis a mis en place un suivi adapté à leur situation et à leurs problèmes spécifiques. Plusieurs établissements ont continué et/ou complété des exercices de révision de processus. Les résultats sont intéressants et prometteurs. Il n'y a pas eu d'ajout de zones franches dans la dernière année. Un bilan de cette mesure a permis d'identifier les éléments à améliorer pour les prochaines zones franches. En parallèle, l'Agence a élaboré, avec le MSSS, le modèle du bloc opératoire régional qui utilisera la capacité résiduelle des blocs opératoires existants pour opérer les cas en attente depuis plus d'un an.
Accès aux services d'imagerie	• Diagnostic organisationnel pour chaque établissement. • Révision des processus. • Planification de l'implantation de zone(s) franche(s) et de centrale(s) de rendez-vous.	Après analyse de la situation des établissements, l'Agence a décidé de procéder à une révision de l'organisation des services d'imagerie médicale sur son territoire. La première étape consiste à dresser un portrait précis de la situation actuelle quant à l'offre de service.
Accès au continuum de services accident vasculaire cérébral (AVC)	• Participer à la désignation des centres tertiaires et à la mise en place des corridors de services.	Les deux centres tertiaires identifiés par l'Agence ont complété leur matrice d'auto-évaluation. Le MSSS et l'Agence organisent une visite d'évaluation pour 2013-2014. De plus, l'Agence a identifié un premier groupe d'établissements qui pourraient recevoir la désignation de centre secondaire du continuum AVC. Ces centres complètent actuellement la matrice d'auto-évaluation.
Accès au continuum de services pour la douleur chronique	• Soutenir l'organisation de services et participer à la définition et la mise en place des corridors de services.	Les deux centres d'expertise en douleur chronique sont fonctionnels. En collaboration avec les réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) des universités de Montréal et McGill, l'Agence continue de définir l'organisation de services en première et deuxième lignes. Plus spécifiquement, des critères de référence de la première ligne vers les services spécialisés ont été définis pour la lombalgie, une pathologie fréquente en douleur chronique.

AXE : MESURES D'OPTIMISATION – ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES

SUJETS	ACTIONS RÉGIONALES	ÉTAT D'AVANCEMENT AU 31 MARS 2013

Configuration des services médicaux	• Dépôt du Plan régional d'effectifs médicaux (PREM) en médecine spécialisée 2012-2015
	• PREM 2012 :
	  ▪ Médecine spécialisée : 95 %
	  ▪ Médecine de famille : 100 % de nouveaux facturants (NF) et 100 % de mobilité interrégionale (MIR)
		Au 1er décembre 2012, le PREM 2012 s'est appliqué conformément à ce qui a été prévu au plan quinquennal 2011-2015. En cours de PREM, le MSSS a effectué un rehaussement du plan d'effectifs médicaux (PEM) en santé communautaire. Un rehaussement a également été autorisé pour certaines spécialités, notamment pour les médecins pratiquant en soins intensifs.
		
		En date du 1er mars 2013, le PREM pour la région de Montréal était comblé à 95,6 %.
		
		PREM 2012 : les objectifs ont été atteints, à savoir 100 % NF et 100 % MIR. L'Agence a entamé une réflexion sur la baisse du nombre de candidatures constatée ces dernières années parmi les NF.

Laboratoires	Élaborer et débuter l'implantation du plan d'action régional sur réception du plan d'action provincial.	L'Agence a complété la planification régionale du projet Optilab. Le plan de réorganisation a été présenté aux établissements en mars 2013. L'Agence a aussi continué et mené à terme les travaux visant la désignation des corridors de services pour les analyses suprarégionales.
Traumatologie	• Soutenir l'évolution du processus d'optimisation. • Participer à l'implantation des orientations qui en découlent. • Déposer un plan d'action 2013-2016.	L'Agence a complété son bilan 2009-2012 et élaboré son plan directeur régional de traumatologie 2012-2015.
Service Info-Santé 811	• Diminuer le taux de roulement, le temps supplémentaire et l'utilisation de la main-d'œuvre indépendante (MOI). • Combler les postes vacants.	Comparativement à l'année dernière, une diminution de 11 % (908 heures) est observée en ce qui concerne le temps supplémentaire et de 37 % (16 983 heures) pour la MOI. Le pourcentage des postes vacants à combler pour cette année était de 36 % comparativement à 38 % pour l'année dernière. Le taux de roulement est passé de 8 % à 10 %. L'Agence poursuit la mise en œuvre de son plan d'action pour 2014-2015.
Prise en charge - infarctus du myocarde	• Appliquer l'algorithme diffusé.	L'Agence a suivi avec les établissements et Urgences-santé l'application de l'algorithme de prise en charge de l'infarctus aigu du myocarde. Afin de réduire le délai d'accès au traitement, l'Agence a modifié la désignation préhospitalière de ces cas, ce qui permet maintenant à Urgences-santé d'amener ces derniers directement à un centre hospitalier disposant d'une salle d'hémodynamie.

AXE : PRÉVENTION DANS LES CONTINUUMS DE SERVICES

OBJECTIFS DE RÉSULTATS

1.1.1 Assurer la mise en œuvre des activités de promotion, de prévention et de protection prévues dans le Programme national de santé publique (PNSP).

1.1.2 Soutenir l'intégration de la prévention dans les services cliniques de première ligne, en donnant la priorité aux problèmes suivants :

- infections transmissibles sexuellement et par le sang;
- habitudes de vie et maladies chroniques;
- chutes chez les personnes âgées;
- suicide.

INDICATEURS		RÉSULTATS* 2011-2012	ENGAGEMENTS 2012-2013	RÉSULTATS** 2012-2013
1.01.12	Pourcentage des femmes ayant accouché dans l'année de référence et suivies dans les Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE)	67,3 %	> 70 %	60,4 %
1.01.13	Pourcentage d'écoles qui implantent l'approche École en santé (AÉS)	67,7 %	45 %	60,4 %
1.01.14	Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1re dose de vaccin contre le DCat-Polio-Hib dans les délais	83,1 %	85 %	83,2 %
1.01.15	Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1re dose de vaccin contre le méningocoque de sérogroupe C dans les délais.	68,6 %	72 %	69 %
1.01.16.01	Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1re dose de vaccin contre la rougeole, la rubéole et les oreillons (RRO) dans les délais.	67,9 %	72 %	69,1 %
1.01.20	Pourcentage des activités du Plan national de santé publique (PNSP) implantées.	s. o.	76 %	75,3 %
1.01.21	Pourcentage des pratiques cliniques préventives prioritaires ayant fait l'objet d'activités de soutien.	s. o.	s. o.	83,3 %

* Résultats en date du 30 mai 2012
** Résultats en date du 31 mai 2013

COMMENTAIRES

1.01.12 Pourcentage des femmes ayant accouché dans l'année de référence et suivies dans les Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE)

Les familles en difficulté qui requièrent un suivi intensif sont régulièrement priorisées au détriment des familles à risque, réduisant d'autant l'offre de service en SIPPE. Les refus de services, les déménagements fréquents, l'itinérance des jeunes mères et l'intervention auprès des clientèles immigrantes sont d'autres facteurs soulevés par les CSSS qui expliquent les faibles taux.

1.01.13 Pourcentage d'écoles qui implantent l'approche École en santé (AÉS)

Les résultats obtenus démontrent que l'Agence a dépassé son engagement.

1.01.14 à 1.01.16.01 Proportion des enfants recevant, dans les délais, en CSSS mission CLSC leur 1re dose de vaccin contre :

- le DCat-Polio-Hib;
- le méningocoque de sérogroupe C;
- la rougeole, la rubéole et les oreillons (RRO).

Pour ces trois indicateurs, bien que les résultats soient sensiblement les mêmes que l'an dernier, une augmentation de la proportion d'enfants vaccinés en CSSS (plutôt qu'en privé) est observée. L'évaluation des stratégies de réduction des délais vaccinaux est actuellement en cours.

1.01.21 Pourcentage des pratiques cliniques préventives prioritaires ayant fait l'objet d'activités de soutien

Les travaux réalisés conjointement par la Direction des affaires cliniques, médicales et universitaires et la Direction de santé publique de l'Agence ont permis à la région de Montréal d'obtenir le meilleur niveau d'implantation des pratiques cliniques préventives de la province. Il s'agit de pratiques cliniques visant la prévention des maladies chroniques chez les patients en groupe de médecine de famille (GMF) et en clinique médicale.

AXE : SERVICES MÉDICAUX ET INFIRMIERS

OBJECTIFS DE RÉSULTATS

2.1.2 Favoriser la pratique de groupe, polyvalente et interdisciplinaire de la médecine de famille par la mise en place de groupes de médecine de famille (GMF) (ou modèles équivalents).

2.1.3 Accroître la disponibilité d'infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne (IPS-SPL).

INDICATEURS		RÉSULTATS* 2011-2012	ENGAGEMENTS 2012-2013	RÉSULTATS** 2012-2013
1.09.25	Nombre total de groupes de médecine de famille (GMF) implantés (ou modèles équivalents).	36 GMF (29 CR, 4 CRI)	41 GMF	41 GMF (30 CR, 4 CRI)
3.07	Nombre d'infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne (IPS-SPL) titularisées et offrant des services de première ligne.	43	57 postes, dont 26 comblés	57 postes, dont 32 comblés

* Résultats en date du 30 mai 2012
** Résultats en date du 31 mai 2013

COMMENTAIRES

1.09.25 Nombre total de groupes de médecine de famille (GMF) implantés (ou modèles équivalents)

Au 7 mai 2013, un nombre total de 41 GMF, 30 cliniques-réseau (CR) et 4 cliniques-réseau intégrées (CRI) étaient accrédités pour la région de Montréal. En 2012-2013, 5 GMF et 1 CR ont été accrédités à Montréal.

3.07 Nombre d'infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne (IPS-SPL) titularisées et offrant des services de première ligne

- Création et début des travaux du sous-comité de soutien à l'implantation et au changement des pratiques, composé de quelques membres du comité régional d'implantation des IPS-SPL. Le mandat du sous-comité était de soutenir l'implantation des IPS-SPL et le changement des pratiques dans les milieux cliniques. Afin de réaliser son mandat, le sous-comité a recueilli, par le biais de groupes de discussion, les commentaires des IPS-SPL et des personnes dédiées à leur encadrement concernant les défis d'intégration connus. Les résultats de la collecte seront utilisés dans le cadre de l'élaboration d'un plan de gestion du changement.
- Début de la tournée des universités afin d'attirer les étudiantes finissantes du programme IPS-SPL dans le réseau montréalais. Présentation du salon virtuel de l'emploi des IPS-SPL afin de faire la promotion des missions, environnements et équipes de travail accueillant les IPS-SPL dans la région de Montréal.

- La révision de la composition et du mandat du comité régional d'implantation des IPS-SPL amènera une vision plus stratégique et multidisciplinaire pour une planification du déploiement des postes à long terme. Cette révision favorisera une meilleure équité intra régionale, un accroissement du nombre de places de stage et l'adoption de meilleures stratégies de recrutement des étudiantes des autres régions de la province ainsi qu'une meilleure intégration des IPS-SPL dès leur entrée en fonction.
- Création du groupe de travail sur l'amélioration de la disponibilité des places de stage, en partenariat avec la table multidisciplinaire de gouvernance des stages, pour augmenter le nombre d'inscriptions dans les universités.
- Poursuite de la tournée des universités du Québec.

AXE : SERVICES PSYCHOSOCIAUX

OBJECTIF DE RÉSULTATS 2010-2015

2.1.4 Offrir un accès téléphonique rapide à une consultation en matière de services psychosociaux (information, intervention, référence-orientation, avis professionnels et conseils) par des professionnels en intervention psychosociale des CSSS, 24 heures par jour, 7 jours par semaine.

INDICATEURS		RÉSULTATS* 2011-2012	ENGAGEMENTS 2012-2013	RÉSULTATS** 2012-2013
1.02.04	Pourcentage des appels au service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux qui a été répondu dans un délai de quatre (4) minutes ou moins.	Le service a été maintenu et est en place de 16 h à minuit, 7/7	s. o.	s. o.
1.02.05	Pourcentage des régions sociosanitaires ayant mis en place un service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux.	Le Service régional d'Info-Santé assure la présence d'intervenants psychosociaux 7/7, de 16 h à minuit	Maintenir le service déjà en place	Le Service régional d'Info-Santé assure la présence d'intervenants psychosociaux 7/7, de 16 h à minuit

* Résultats en date du 30 mai 2012
** Résultats en date du 31 mai 2013

COMMENTAIRES

1.02.04 Pourcentage des appels au service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux qui a été répondu dans un délai de quatre (4) minutes ou moins

Tous les appels reçus à Info-Santé obtiennent une réponse par une infirmière et sont, au besoin, transférés à un intervenant psychosocial de 16 heures à minuit. Les données sont cumulées de façon globale.

1.02.05 Pourcentage des régions sociosanitaires ayant mis en place un service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux

Le service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux 24/7 n'est pas mis en place actuellement dans la région de Montréal. Le cadre de référence « Services sociaux généraux - Offre de service » a été diffusé officiellement en mai 2013. L'Agence élaborera un plan d'action en vue de son actualisation.

AXE : PERSONNES ATTEINTES DE MALADIES CHRONIQUES OU DE CANCER

OBJECTIFS DE RÉSULTATS

2.2.1 Favoriser l'autogestion et la réadaptation des personnes atteintes de maladies chroniques dans un continuum de soins.

2.2.2 Améliorer la coordination des soins et des services en oncologie pour les personnes ayant reçu un diagnostic de cancer et pour leurs proches.

INDICATEURS		RÉSULTATS* 2011-2012	ENGAGEMENTS 2012-2013	RÉSULTATS** 2012-2013
1.09.39	Pourcentage de territoires locaux où est implanté un programme d'autogestion et de réadaptation.	Diabète : 100 %; Hypertension artérielle : 83 %; Maladie pulmonaire obstructive chronique : 1/12 CSSS.	Diabète : 100 %; Hypertension artérielle : 100 %; Maladie pulmonaire obstructive chronique : 5/12 CSSS; Douleur chronique : 2/12 CSSS.	Diabète : 100 %; Hypertension artérielle : 100 %; Maladie pulmonaire obstructive chronique : 5/12 CSSS; Douleur chronique : 2/12 CSSS.
1.09.40	Pourcentage de personnes ayant reçu un diagnostic de cancer disposant d'une infirmière pivot dans un délai de 48 heures.	s. o.	s. o.	s. o.

* Résultats en date du 30 mai 2012
** Résultats en date du 31 mai 2013

COMMENTAIRES

1.09.39 Pourcentage de territoires locaux où est implanté un programme d'autogestion et de réadaptation

Le programme de modification des habitudes de vie pour la clientèle présentant un risque cardiométabolique (pré diabète, diabète et hypertension artérielle) est maintenant disponible dans tous les réseaux locaux de services (RLS). Ce programme a aussi été intégré dans certains groupes de médecine de famille (GMF). Le programme de repérage et de gestion de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) est déployé dans cinq des douze RLS et le programme en douleur chronique – volet lombalgie dans deux RLS. Les programmes sur le risque cardiométabolique et sur la douleur chronique bénéficient d'une subvention de recherche (Pfizer/FRSQ/MSSS) afin de permettre une évaluation de l'implantation et des résultats des projets en cours.

AXE : JEUNES EN DIFFICULTÉ, PERSONNES ATTEINTES DE PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE ET PERSONNES AUX PRISES AVEC UNE DÉPENDANCE

OBJECTIFS DE RÉSULTATS

2.2.3 Intervenir de façon concertée afin de réduire les difficultés vécues par les jeunes et les familles, dont les problèmes de négligence et les troubles de comportement, selon les orientations relatives aux jeunes en difficulté.

2.2.4 Favoriser la continuité des soins et la stabilité des liens pour les enfants placés en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse.

2.2.5 Assurer aux personnes qui le requièrent des services de santé mentale de première ligne par une équipe multidisciplinaire.

2.2.6 Assurer l'accès aux services d'intégration dans la communauté, pour les adultes ayant des troubles mentaux graves.

2.2.7 Faciliter l'accès aux personnes à risque d'abus ou de dépendance à des services de première ligne offerts en toxicomanie et en jeu pathologique.

INDICATEURS		RÉSULTATS* 2011-2012	ENGAGEMENTS 2012-2013	RÉSULTATS** 2012-2013
1.06.10	Pourcentage de territoires locaux où est offert un programme d'intervention en négligence reconnu efficace.	s. o.	s. o.	s. o.
1.06.11	Pourcentage de territoires locaux où est offert un programme d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu reconnu efficace.	100 %	100 %	100 %
1.06.12	Nombre moyen de déplacements vécus par les enfants/jeunes au cours d'une période de trois ans à compter de leur prise en charge.	s. o.	s. o.	s. o.
1.06.13	Durée moyenne des placements.	s. o.	s. o.	s. o.
1.06.14	Taux de re-signalements suivant la fin de l'application des mesures en protection de la jeunesse.	s. o.	Diminution	13,2 %
1.07.05	Nombre de jeunes et d'adultes ayant reçu des services de première ligne en toxicomanie et en jeu pathologique offerts par les CSSS.	808	Augmentation de 2 %, soit 843 personnes	647
1.08.09	Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de santé mentale de première ligne en CSSS (mission CLSC).	16 939	20 383	19 117
1.08.05	Nombre de places en soutien d'intensité variable (SIV) dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus, mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services.	1 596 dont 357 en établissement et 1 239 dans les organismes communautaires	1 860 dont 620 en établissement et 1 240 dans les organismes communautaires	1 626 dont 386 en établissement et 1 240 dans les organismes communautaires
1.08.06	Nombre de places en services de suivi intensif dans le milieu pour des adultes de 18 ans et plus, mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services.	412	660	442

* Résultats en date du 30 mai 2012
** Résultats en date du 31 mai 2013

COMMENTAIRES

1.06.11 Pourcentage de territoires locaux où est offert un programme d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu reconnu efficace

Le programme CAFE (crise-ado-famille-enfance) s'est implanté de façon harmonisée dans tous les CSSS de Montréal entre novembre 2009 et septembre 2010. Depuis le 17 septembre 2010 (date du lancement officiel),

100 % des territoires de CSSS dispensent le programme CAFE. Depuis le début de l'implantation, un protocole d'entente sur la gestion administrative et clinique du programme CAFE est en place afin de démontrer l'engagement formel et réciproque de tous les CSSS de Montréal à appliquer de façon harmonisée le programme CAFE.

Les services de crise sont accessibles 24/7 pour la population de tous les territoires de la région. Une entente prévoit que deux des sept centres de crise desservent l'ensemble de la région la nuit. Près de 40 % des places requises en suivi intensif dans le milieu sont disponibles (voir indicateur 1.08.06).

1.07.05 Nombre de jeunes et d'adultes ayant reçu des services de première ligne en toxicomanie et en jeu pathologique offerts par les CSSS

La cible initiale de 808 personnes s'appuyait sur les résultats 2011-2012, calculés alors qu'existaient des imprécisions sur les modes d'entrée de données dans I-CLSC. La clarification des modes d'entrée de données dans certains CSSS a réduit le nombre d'usagers déclarés.

1.08.09 Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de santé mentale de première ligne en CSSS (mission CLSC)

Le nombre d'usagers ayant reçu des services de santé mentale de première ligne en CSSS a augmenté de 13 % par rapport à l'année 2011-2012, soit 2000 usagers de plus qu'en 2011-2012.

1.08.05 Nombre de places en soutien d'intensité variable (SIV) dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus, mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services

Les développements prévus en matière de soutien d'intensité variable ont été reportés en 2013-2014. Les résultats de l'année sont donc demeurés sensiblement les mêmes qu'en 2011-2012.

1.08.06 Nombre de places en service de suivi intensif dans le milieu pour des adultes de 18 ans et plus, mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services

L'engagement n'a pu être respecté pour les raisons suivantes :

- les deux nouvelles équipes de suivi intensif prévues pour le début de l'année 2012-2013 n'ont été confirmées qu'en fin d'année financière, ce qui a eu un impact direct sur le nombre total de places disponibles;
- un établissement n'a pas déclaré les résultats de son service, compte tenu du mandat spécifiquement dédié à la clientèle itinérante;
- des démarches en cours dans différents établissements pour utiliser de manière plus optimale les services de suivi intensif ont permis, dans certains cas, de mieux distinguer les clientèles à joindre par rapport aux services de soutien d'intensité variable.

Le nombre de places en suivi intensif devrait augmenter au cours de la prochaine année.

AXE : PERSONNES AYANT UNE DÉFICIENCE ET LEUR FAMILLE

OBJECTIF DE RÉSULTATS

2.2.8 Assurer la coordination des services dispensés par plusieurs établissements aux personnes ayant une déficience et à leur famille.

INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	ENGAGEMENT 2012-2013	RÉSULTAT 2012-2013
1.55 Nombre de personnes ayant une déficience pour qui, dans l'année de référence, un plan de services individualisé (PSI) : • a été élaboré par un CR; • a impliqué le CSSS.	s. o.	s. o.	s. o.

COMMENTAIRES

Des travaux sont en cours afin de finaliser un cadre de référence régional sur le plan de services individualisé pour les 5 à 17 ans. De la formation sera réalisée au cours de l'année 2013-2014.

AXE : RÉSEAUX DE SERVICES INTÉGRÉS

OBJECTIF DE RÉSULTATS

2.3.1 Poursuivre la mise en place des réseaux de services intégrés pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (RSIPA) dans chaque territoire local, en favorisant leur implantation telle que définie dans les lignes directrices du MSSS.

INDICATEUR	RÉSULTAT* 2011-2012	ENGAGEMENT 2012-2013	RÉSULTAT** 2012-2013
1.03.06 Degré moyen d'implantation des RSIPA dans les réseaux locaux de services.	55,14 %	55 %	61,05 %

* Résultats en date du 30 mai 2012
** Résultats en date du 31 mai 2013

COMMENTAIRES

L'implantation des réseaux de services intégrés pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement a progressé et les engagements sont respectés.

En 2013-2014, les efforts de consolidation des RSIPA se poursuivront, notamment au chapitre de l'évaluation des besoins via l'outil d'évaluation multiclientèle (OEMC), de la gestion de cas et du repérage des personnes âgées vulnérables.

AXE : ADAPTATION DES SERVICES

OBJECTIF DE RÉSULTATS

2.3.2 Favoriser l'adoption en centre hospitalier de pratiques organisationnelles et cliniques adaptées aux besoins particuliers des personnes âgées.

INDICATEUR		RÉSULTATS* 2011-2012	ENGAGEMENTS 2012-2013	RÉSULTATS** 2012-2013
1.03.07	Pourcentage des centres hospitaliers ayant mis en place la majorité des composantes liées à l'implantation de l'Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier (AAPA).	N.D.	Consolider les préalables dans 100 % des urgences des Centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS);	N.D.
			Produire le bilan organisationnel;	Réalisé
			Élaborer un plan d'action;	Réalisé
			Amorcer la mise en œuvre du plan d'action.	Réalisé

* Résultats en date du 30 mai 2012
** Résultats en date du 31 mai 2013

COMMENTAIRES

Tous les Centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) sont maintenant mobilisés et l'Agence assure un suivi régulier de l'avancement des projets de chaque établissement grâce à un outil régional conçu à cette fin.

La structure régionale de projet mise en place permet à l'Agence et aux établissements de se doter d'un calendrier annuel des réalisations attendues. La poursuite de cette démarche favorise la coordination et l'harmonisation du déploiement de l'AAPA entre les différents centres hospitaliers.

AXE : SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE

OBJECTIF DE RÉSULTATS

2.4.2 Assurer une offre globale de service de soutien à domicile de longue durée pour s'adapter à l'augmentation des besoins de l'ensemble des clientèles, y compris les familles et les proches aidants.

INDICATEUR		RÉSULTAT* 2011-2012	ENGAGEMENT 2012-2013	RÉSULTAT** 2012-2013
1.03.05	Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services (CSSS - mission CLSC).	2 922 980	3 068 758	3 088 212

* Résultats en date du 30 mai 2012
** Résultats en date du 31 mai 2013

COMMENTAIRES

Le plan d'action s'actualise progressivement et l'Agence assure un suivi et des échanges périodiques avec les établissements. L'engagement est respecté et les efforts régionaux se poursuivront en 2013-2014 :

- suivi des démarches et des résultats des projets d'optimisation;
- harmonisation des services, incluant la consolidation des composantes RSIPA;
- amélioration de la qualité des données et de leur utilisation;
- suivi des listes d'attente et des délais d'accès.

AXE : DIVERSIFICATION DES MILIEUX DE VIE

OBJECTIF DE RÉSULTATS

2.4.3 Augmenter et diversifier l'offre de milieux de vie accessibles aux personnes ayant des incapacités significatives et persistantes (personnes âgées en perte d'autonomie, personnes atteintes de déficience, personnes atteintes de problèmes de santé mentale et autres).

INDICATEUR	RÉSULTATS* 2011-2012	ENGAGEMENTS 2012-2013	RÉSULTATS** 2012-2013
1.03.08 Nombre de places en ressources résidentielles de proximité.	349 places ont été ajoutées, dont 267 pour les 65 ans et plus et 82 places pour les moins de 65 ans	s. o.	s. o.

* Résultats en date du 30 mai 2012
** Résultats en date du 31 mai 2013

COMMENTAIRES

Des travaux sont en cours pour augmenter et diversifier les ressources résidentielles dans le cadre des programmes Soutien à l'autonomie des personnes âgées et Santé mentale :

- l'inventaire des ressources résidentielles en santé mentale et le plan de diversification de celles-ci sont en cours d'élaboration;
- la région dispose maintenant de 1 335 places en ressources intermédiaires (RI) pour personnes âgées suite à l'ouverture de trois nouvelles RI en 2012-2013. Ces ouvertures sont dans la continuité du plan d'action montréalais 2005-2010. En 2013-2014, il est prévu de finaliser les ouvertures de ressources intermédiaires (RI) qui avaient été autorisées dans le cadre du plan d'action 2005-2010.

AXE : SERVICES SOCIAUX ET DE RÉADAPTATION

OBJECTIFS DE RÉSULTATS

3.1.1 Assurer aux personnes ayant une déficience l'accès aux services dont elles ont besoin dans les délais établis :

- pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité urgente : 3 jours;
- pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité élevée : 30 jours en CSSS et 90 jours en centre de réadaptation;
- pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité modérée : 1 an.

3.1.2 Assurer aux personnes ayant une dépendance un accès aux services d'évaluation spécialisée dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins.

INDICATEURS		RÉSULTATS* 2011-2012	ENGAGEMENTS 2012-2013	RÉSULTATS** 2012-2013
Taux des demandes de services traitées selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique				
En CSSS				
1.45.04.02	Priorité urgente	52,6 %	90 %	36,6 %
1.45.04.03	Priorité élevée	65,3 %	90 %	67,7 %
1.45.04.04	Priorité modérée	81,4 %	75 %	81,5 %
En CRDP				
1.45.04.06	Priorité urgente	s. o.	90 %	s. o.
1.45.04.07	Priorité élevée	80,2 %	90 %	80,2 %
1.45.04.08	Priorité modérée	97,6 %	75 %	96,3 %
Taux des demandes de services traitées selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement				
En CSSS				
1.45.05.02	Priorité urgente	29,2 %	90 %	50,0 %
1.45.05.03	Priorité élevée	47,6 %	90 %	70,1 %
1.45.05.04	Priorité modérée	80,8 %	75 %	80,9 %
En CRDI				
1.45.05.06	Priorité urgente	45,5 %	90 %	35,7 %
1.45.05.07	Priorité élevée	32,6 %	90 %	34,0 %
1.45.05.08	Priorité modérée	49,8 %	75 %	44,5 %
1.07.04	Pourcentage des personnes qui sont évaluées en dépendance en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins	69,3 %	75 %	74,0 %

* Résultats en date du 30 mai 2012
** Résultats en date du 31 mai 2013

COMMENTAIRES :

En 2012-2013, on constate une amélioration du délai d'accès pour les personnes ayant une déficience (points 1.45.04 et 1.45.05), et plus spécifiquement une augmentation significative de la prise en charge dans les délais pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement (DI-TED) en CSSS, et ce, tant en priorité de niveau « urgent » que « élevé ».

Par ailleurs, certains engagements n'ont pas été respectés, et ce, pour les raisons suivantes :

- les budgets de développement non récurrents de 2011-2012 et de 2012-2013 ont eu peu d'effet sur les délais d'accès en raison du peu de temps dont les établissements ont disposé pour se réorganiser ou engager du personnel (allocation des crédits en décembre 2012 et à la fin de l'année financière). Les effets de ces budgets de développement devraient être visibles à partir de 2013-2014;
- il s'avère difficile d'assurer, d'un établissement à l'autre, l'uniformité dans la priorisation des demandes en raison du roulement élevé de personnel à ces postes;
- la difficulté de recruter certains professionnels, dont notamment des orthophonistes, entraîne des délais pour des demandes de services particuliers.

On constate donc certains problèmes organisationnels en CSSS, mais des efforts sont consentis pour y remédier.

Actions identifiées pour 2013-2014

- Continuer les rencontres régulières des gestionnaires d'accès.
- Poursuivre la formation continue du personnel concerné afin d'améliorer la priorisation des dossiers et assurer des données raisonnablement exemptes d'erreurs.
- Continuer les travaux d'harmonisation entre les centres de réadaptation en DI-TED et l'Agence.
- Amorcer des rencontres personnalisées avec chacun des établissements concernés par le plan d'accès, puisque des résultats positifs sont déjà remarqués à la suite de ces visites.
- Diffuser l'offre de service des différentes catégories d'établissements par secteur afin de mettre en place des échanges de services (mesures supplétives) et d'améliorer la continuité de services.
- Assurer la poursuite des travaux avec les archivistes et les pilotes GESTRED, le Système de suivi de gestion et de reddition de comptes, pour améliorer la fiabilité des données.

AXE : MÉDECINE ET CHIRURGIE

OBJECTIFS DE RÉSULTATS

3.1.3 Assurer aux personnes inscrites au mécanisme central un accès aux chirurgies dans un délai de 6 mois.

3.1.4 Assurer aux personnes atteintes d'une maladie cardiovasculaire les services dans les délais établis.

3.1.5 Assurer aux personnes atteintes de cancer les services à l'intérieur d'un délai de 28 jours.

INDICATEURS		RÉSULTATS* 2011-2012	ENGAGEMENTS 2012-2013	RÉSULTATS** 2012-2013
1.09.20.01	Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une arthroplastie totale de la hanche.	80,5 %	90 %	83,7 %
1.09.20.02	Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une arthroplastie totale du genou.	76,0 %	90 %	80 %
1.09.20.03	Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie de la cataracte.	97,3 %	90 %	98,5 %
1.09.20.04	Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie d'un jour.	89,8 %	90 %	91,1 %
1.09.20.05	Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie avec hospitalisation.	94,7 %	90 %	94,9 %
1.09.08A	Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie - Catégorie A.	94,25 %	100 %	94,68 %
1.09.08B	Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie - Catégorie B.	88,47 %	90 %	90,51 %
1.09.09A	Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en chirurgie cardiaque - Catégorie A.	91,31 %	100 %	86,04 %
1.09.09B	Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en chirurgie cardiaque - Catégorie B.	63,65 %	90 %	67,20 %
1.09.10A	Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en électrophysiologie - Catégorie A.	70,24 %	100 %	58,89 %
1.09.10B	Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en électrophysiologie - Catégorie B.	48,04 %	75 %	52,70 %
1.09.07	Proportion de patients traités à l'intérieur d'un délai de 28 jours en radio-oncologie.	96,4 %	90 %	97,3 %
1.09.33	Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier).	49,3 %	70 %	55,9 %
1.09.41	Pourcentage des patients traités par chimiothérapie/traitements systémiques.	s. o.	s. o.	s. o.

* Résultats en date du 30 mai 2012

** Résultats en date du 31 mai 2013

COMMENTAIRES :

Chirurgies
Tous les indicateurs se sont améliorés en 2012-2013, par rapport à 2011-2012, résultat des efforts continus des centres hospitaliers. L'Agence a débuté des travaux visant à revoir la trajectoire des clientèles nécessitant une arthroplastie de la hanche ou du genou. Pour la chirurgie oncologique, l'Agence assure un suivi régulier auprès des établissements, tant dans la mise à jour de l'information sur les délais d'attente que sur la production dans les délais.

Cardiologie tertiaire
On note une légère amélioration de l'accès en hémodynamie ainsi que dans les catégories B (semi-urgent) en chirurgie cardiaque et électrophysiologie. L'Agence a amorcé un mécanisme de suivi trimestriel avec les établissements sur les délais d'accès ainsi que des travaux visant à optimiser le fonctionnement des secteurs ciblés. Cette optimisation devrait aider à pallier les effets de la pénurie de personnel qualifié.

Radio-oncologie
La cible est atteinte.

AXE : URGENCES

OBJECTIF DE RÉSULTATS

3.1.6 Assurer une durée de séjour acceptable à l'urgence[1] pour les personnes sur civière.

INDICATEURS		RÉSULTATS* 2011-2012	ENGAGEMENTS 2012-2013	RÉSULTATS** 2012-2013
1.09.31	Pourcentage de séjours de 24 heures et plus sur civière.	29,30 %	15 %	29,22 %
1.09.03	Pourcentage de séjours de 48 heures et plus sur civière.	9,9 %	< 1 %	9,8 %
1.09.01	Séjour moyen sur civière (durée en heures).	20,55 h	12 h et moins	20,5 h

* Résultats en date du 30 mai 2012
** Résultats en date du 31 mai 2013

COMMENTAIRES :

Comparativement à 2011-2012, on constate une légère amélioration des indicateurs du séjour moyen sur civière aux urgences ainsi que du pourcentage des séjours de plus de 24 et de 48 heures. Malgré cela, l'écart entre les résultats et les cibles de 2012-2013 reste très important.

Malgré une légère réduction du nombre de visites (2 %), les urgences ont été confrontées à une augmentation du nombre de patients arrivés par ambulance (1,7 %). L'apparition précoce, en 2012-2013, du nombre de cas de syndrome d'allure grippale (SAG) a été accompagnée d'une augmentation significative de la demande de transports ambulanciers vers les salles d'urgence. Cette modification inopinée dans la demande des services a exigé des efforts supplémentaires des salles d'urgence et des mesures exceptionnelles de l'ensemble des acteurs du réseau de la santé pour assurer la prise en charge adéquate de la clientèle.

L'Agence entend poursuivre en 2013-2014 les mêmes actions axées sur la révision des processus et les meilleures pratiques de gestion à l'urgence pour diminuer le temps d'attente et la durée de séjour.

Cependant, au-delà de la continuité des efforts consentis, l'atteinte des objectifs sera aussi tributaire de la réussite de plusieurs mesures du Plan stratégique, notamment :

- l'amélioration de l'accès aux services de première ligne pour la prévention et le suivi des maladies chroniques;
- la libération des lits de courte durée pour les patients en fin de soins actifs;
- la continuité de l'implantation de l'Approche adaptée à la personne âgée à l'urgence et dans les unités de soins;
- l'actualisation du Plan d'action en santé mentale.

[1]Plusieurs mesures du Plan stratégique contribuent à l'atteinte de cet objectif.

AXE : SANTÉ MENTALE

OBJECTIF DE RÉSULTATS

3.1.7 Assurer aux personnes ayant des problèmes de santé mentale l'accès :
- aux services spécifiques de première ligne offerts par les CSSS à l'intérieur de 30 jours;
- aux services spécifiques de deuxième et troisième ligne à l'intérieur de 60 jours.

INDICATEURS		RÉSULTATS* 2011-2012	ENGAGEMENTS 2012-2013	RÉSULTATS** 2012-2013
1.08.11	Pourcentage d'usagers dont les services spécifiques de santé mentale de 1re ligne en CSSS ont débuté à l'intérieur de 30 jours.	s. o.	s. o.	s. o.
1.08.12	Pourcentage d'usagers dont les services spécialisés de santé mentale de 2e et 3e ligne en CSSS ont débuté à l'intérieur de 60 jours.	s. o.	s. o.	s. o.

COMMENTAIRES :

Aucun résultat validé pour l'ensemble de la région n'est disponible pour l'instant. Par ailleurs, il est à noter qu'un établissement a revu ses processus de travail en clinique externe et obtenu des résultats spectaculaires sur la diminution de ses listes d'attente.

Un meilleur suivi de l'attente sera organisé au cours de la prochaine année.

AXE : RÉFÉRENCES AUX SERVICES MÉDICAUX SPÉCIALISÉS

OBJECTIF DE RÉSULTATS

3.1.8 Améliorer l'accès aux services diagnostiques et aux médecins spécialistes pour les personnes présentant certaines conditions cliniques de nature subaiguë ou semi-urgente et référées par un médecin de famille.

INDICATEUR		RÉSULTAT* 2011-2012	ENGAGEMENTS 2012-2013	RÉSULTATS** 2012-2013
1.09.38	Pourcentage des CSSS ayant mis en place un mécanisme d'accès aux services diagnostiques et aux médecins spécialistes pour les personnes présentant certaines conditions cliniques de nature subaiguë ou semi-urgente et référées par un médecin de famille.	75 % des CSSS	Risque cardio-métabolique : 100 % des CSSS Conditions semi-urgentes : 50 % (6/12)	Risque cardio-métabolique : 90 % des CSSS (11/12 CSSS) Conditions semi-urgentes : 1/12 CSSS fonctionnel, 7/12 en implantation

* Résultats en date du 30 mai 2012
** Résultats en date du 31 mai 2013

COMMENTAIRES :

Risque cardiométabolique (RCM)

Des corridors de services bidirectionnels entre la 1re et la 2e lignes sont établis pour tous les programmes régionaux de prévention et gestion des maladies chroniques implantés. Un formulaire de référence unique est utilisé sur le territoire montréalais. Pour le programme RCM, 11 des 12 CSSS ont des ententes formelles en place. Un dernier CSSS doit compléter une entente avec son hôpital de première instance.

Conditions semi-urgentes (accueil clinique)

Plusieurs initiatives sont en cours (8 CSSS sur 12). Un CSSS a implanté et démarré l'accueil clinique. Les travaux avec les CSSS de l'est de Montréal demeurent la priorité.

AXE : CONTRÔLE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

OBJECTIF DE RÉSULTATS

4.1.3 Maintenir les taux d'infections nosocomiales faisant l'objet d'une surveillance provinciale inférieurs ou égaux aux seuils établis.

INDICATEURS		RÉSULTATS 2011-2012	ENGAGEMENTS 2012-2013	RÉSULTATS 2012-2013
1.01.19.1	Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis - diarrhées associées au Clostridium difficile (DACD).	62 % (13 / 21)	90 % des CHSGS	76 % (16 / 21)
1.01.19.2	Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis - bactériémies à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (SARM).	86 % (18 / 21)	90 % des CHSGS	67 % (14/21)
1.01.19.3	Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis - bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs (BACC).	85 % (17 / 20)	90 % des CHSGS	95 % (19/20)

COMMENTAIRES :

La Direction de santé publique et la Direction des immobilisations, des technologies médicales et services techniques assurent conjointement un suivi de la situation par le biais de visites, de soutien au plan d'action des établissements et d'un suivi de l'implantation des mesures d'hygiène et de salubrité.

La situation s'est améliorée pour le DACD et le BACC, mais s'est détériorée pour le SARM.

AXE : CRÉNEAUX D'EXPERTISE ET FORMATION

OBJECTIFS DE RÉSULTATS

4.2.1 Identifier dans chaque établissement les créneaux d'expertise en services de santé et en services sociaux dans une perspective de complémentarité entre les établissements ayant une mission universitaire.

4.2.2 Assurer la formation et la disponibilité de milieux de stages adaptés et diversifiés, notamment pour les disciplines de base, dans les régions du Québec.

4.2.3 Favoriser le transfert des connaissances issues de la recherche destinées et adaptées au réseau de la santé et des services sociaux.

4.2.4 Assurer la réalisation d'évaluation des technologies et des modes d'intervention (ou de pratique) en santé et en services sociaux dans les établissements ayant une désignation universitaire.

INDICATEURS		RÉSULTATS 2011-2012	ENGAGEMENTS 2012-2013	RÉSULTATS 2012-2013
Créneaux d'expertise identifiés		s. o.	s. o.	s. o.
5.01.01	Nombre de milieux de stage par discipline (santé).	s. o.	s. o.	s. o.
5.01.02	Pourcentage d'établissements avec désignation universitaire ayant mis en place une structure fonctionnelle de transfert des connaissances.	s. o.	s. o.	s. o.
Inventaire des activités accomplies en transfert des connaissances destinées au réseau réalisé		s. o.	s. o.	s. o.
5.01.03	Nombres de projets d'évaluation réalisés : • par les unités d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS); • par les unités d'évaluation des modes de pratique en services sociaux.	s. o.	s. o.	s. o.

COMMENTAIRES :

Nombre de milieux de stages par discipline (santé)

La Table de concertation multidisciplinaire en gestion prévisionnelle des stages est l'instance tactique qui travaille à l'optimisation de la capacité d'accueil et à la mise en place des conditions favorables à l'accueil des stagiaires. En 2012-2013, des groupes de travail ont été mis en place. Les travaux de ces groupes ont permis de sélectionner une formation visant à développer les compétences de base pour exercer la fonction de supervision, réviser et proposer des pistes d'amélioration au cadre de référence sur la gestion des places de stages en soins infirmiers ainsi que cartographier par compétence les places de stages en soins infirmiers. En 2013-2014, un projet pilote de diffusion de la formation sera mis de l'avant, les travaux sur le cadre de référence seront complétés à l'automne et la cartographie au printemps 2013.

En parallèle des travaux de la Table de concertation, l'Agence est partie prenante du projet d'environnements avec simulateurs patients pour l'apprentissage (ESPA) pour les programmes d'études professionnelles et techniques en soins infirmiers. À terme, le projet prévoit que jusqu'à 30 % des heures de stages seront effectuées en simulation. L'analyse démontre que 16 espaces de simulation, sur une superficie totale de 2 000 m^2 équipée de 16 mannequins, seront nécessaires pour répondre aux besoins régionaux.

AXE : DOSSIERS CLINIQUES INFORMATISÉS

OBJECTIF DE RÉSULTATS

4.3.1 Soutenir l'utilisation des dossiers médicaux électroniques (DME) dans les cliniques médicales et des dossiers cliniques informatisés (DCI) dans les établissements.

INDICATEURS	RÉSULTATS 2011-2012	ENGAGEMENTS 2012-2013	RÉSULTATS* 2012-2013
Dossiers médicaux électroniques	s. o.	Soutenir l'implantation du module OACIS clinique dans un 5e GMF	20 %
Dossiers cliniques informatisés	s. o.	12 établissements seront en production. Les outils cliniques du RSIPA seront intégrés au DCI OACIS. Soutenir les régions qui choisissent OACIS.	100 %

* Résultats en date du 31 mai 2013

COMMENTAIRES :

Dossiers médicaux électroniques

Le projet est actif dans trois groupes de médecine de famille (GMF) de la région, soit Clinique-réseau intégrée (CRI) de l'Hôpital de Verdun, le GMF St. Mary et le GMF Bordeaux-Cartierville. La révision des processus cliniques a été réalisée dans les trois établissements et le développement de la solution d'intégration avec le DCI-OACIS a été complété par le fournisseur. La solution est en cours d'installation pour la CRI de l'Hôpital de Verdun et le démarrage du projet pilote est prévu avant l'été.

Dossiers cliniques informatisés

À ce jour, quinze établissements sont en production avec la solution OACIS. La planification de la phase 2 pour la documentation clinique est complétée et un premier projet pilote débutera avant l'été à l'Institut de Cardiologie de Montréal. Le développement de la solution d'intégration est terminé du côté de la solution RISPA et complété à 50 % du côté OACIS. Un pilotage de la solution d'intégration RISPA-OACIS a été complété avec succès au CSSS de la Pointe-de-l'Île. Montréal offre un soutien continu aux autres régions qui ont choisi d'implanter OACIS selon les ententes prises avec celles-ci et le degré d'avancement de chacune d'elles.

AXE : DOSSIERS DE SANTÉ DU QUÉBEC

OBJECTIF DE RÉSULTATS

4.3.2 Implanter le Dossier de santé du Québec (DSQ) et l'intégrer à la stratégie d'informatisation du réseau.

INDICATEUR	RÉSULTATS 2011-2012	ENGAGEMENTS 2012-2013	RÉSULTATS* 2012-2013
Dossier de santé du Québec	s. o.	75 % des CHSGS et des CSSS auront complété les travaux pour la mise en place d'un index patient fonctionnel.	35 %
		50 % des 18 systèmes d'information de laboratoire auront été mis à jour ou rehaussés.	50 % (9/18)
		Les travaux de normalisation des tables cliniques des systèmes de laboratoire auront commencés.	56 % (10/18)

* Résultats en date du 31 mai 2013

COMMENTAIRES :

- 35 % des CHSGS et des CSSS ont complété les travaux pour la mise en place d'un index patient fonctionnel. Pour les autres établissements, 30 % complètent actuellement ces travaux, 20 % ont planifié le faire et 15 % n'ont pas encore débuté. Par ailleurs, l'Agence est en processus de recrutement en raison du départ en cours d'année de la ressource régionale associée à ce dossier. Il est à noter que la mise en place d'un index patient fonctionnel n'est pas un pré-requis à l'alimentation et à la consultation du DSQ.
- La mise à jour des systèmes d'information de laboratoire se poursuit dans certains établissements.

Alimentation médicament

- À ce jour, 124 pharmacies de Montréal alimentent le DSQ soit 29 % des 434 pharmacies de Montréal – la plupart dans la zone centrale de Montréal. C'est une excellente progression depuis le début réel du branchement des pharmacies en février 2013.
- À titre informatif, les rencontres d'information avec les pharmaciens sont complètement terminées pour les deux principaux fournisseurs d'application de pharmacie et les équipes de déploiement continuent d'être à pied d'œuvre.

Alimentation laboratoire

- 50 % des résultats de laboratoire de Montréal sont maintenant disponibles (le CHUM, le CUSM et l'Hôpital général juif S.M.B.D).

- Par ailleurs, les établissements qui ont déjà amorcé la démarche continuent leurs activités : l'Hôpital général du Lakeshore du CSSS de l'Ouest-de-l'Île, l'Hôpital du Sacré Cœur de Montréal, l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, l'Institut de Cardiologie de Montréal et, finalement, l'Hôpital de Verdun du CSSS du Sud-Ouest–Verdun aussi en charge du laboratoire du CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle.
- Les autres établissements montréalais devraient commencer les travaux à l'automne 2013.

Alimentation imagerie

- Le dossier de l'imagerie a avancé à grand pas et continuera à avancer au cours de la prochaine année.
- En 2013-2014, les travaux se poursuivront, à l'Hôpital général juif S.M.B.D., à l'Hôpital de Verdun du CSSS du Sud-Ouest–Verdun, à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, au CHUM et à l'Hôpital du Lakeshore du CSSS de l'Ouest-de-l'Île.
- Les établissements suivants ont rendu accessibles leurs images et leurs rapports pour le visualiseur DSQ : le CSSS du Cœur-de-l'Île (Hôpital Jean-Talon), l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, le CUSM et le CHU Ste-Justine.

Déploiement consultation – Services communs

- Du côté des cliniques, l'équipe régionale travaille avec trois cliniques pour le branchement du DSQ.
- Du coté des établissements, le CHUM poursuit ses activités pour habiliter ses assistants techniques en pharmacie (ATP) à accéder au visualiseur DSQ et pour organiser la mise en place des services DSQ à la population. Le CUSM et les CSSS Cavendish et du Cœur-de-l'Île commenceront eux aussi, sous peu, des activités pour les services à la population ou pour la consultation du DSQ. Des formations régionales de superutilisateurs sont organisées en ce sens.

AXE : DISPONIBILITÉ ET UTILISATION OPTIMALE DE LA MAIN-D'ŒUVRE DU RÉSEAU

OBJECTIFS DE RÉSULTATS

5.1.3 Produire et mettre à jour annuellement le plan de main-d'œuvre aux paliers local, régional et national, de façon à identifier et à mettre en œuvre les stratégies pour assurer l'équilibre entre les effectifs requis et disponibles.

5.1.4 Assurer une utilisation optimale des compétences du personnel par la mobilisation des établissements à réaliser une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail.

5.1.5 Réduire le temps travaillé en heures supplémentaires dans l'ensemble des secteurs d'activité.

5.1.6 Réduire le recours à la main-d'œuvre indépendante dans les secteurs d'activités cliniques.

INDICATEURS		RÉSULTATS* 2011-2012	ENGAGEMENTS 2012-2013	RÉSULTATS** 2012-2013
3.08	Pourcentage d'établissements et d'agences ayant mis à jour leur plan de main-d'œuvre.	51 %	100 %	100 %
3.09	Pourcentage d'établissements ayant réalisé une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail.	s. o.	Inventaire des projets réalisés complété	100 %
3.05.01	Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par les infirmières.	6,14 %	5,9 %	5,87 %
3.05.02	Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par l'ensemble du personnel du réseau.	3,61 %	3,47 %	3,39 %
3.06.01	Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières.	5,86 %	5,17 %	4,83 %
3.06.02	Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières auxiliaires.	2,94 %	2,94 %	2,21 %
3.06.03	Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les préposés aux bénéficiaires.	1,52 %	1,5 %	1,43 %
3.06.04	Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les inhalothérapeutes.	s. o.	0,73 %	0,27 %

* Résultats en date du 30 mai 2012
** Résultats en date du 31 mai 2013

COMMENTAIRES :

Main-d'œuvre indépendante et temps supplémentaire

Les résultats traduisent des efforts régionaux entrepris dans différents projets visant la diminution du recours à la main-d'œuvre indépendante (MOI) et au temps supplémentaire (TS).

On constate néanmoins que, malgré une tendance à la baisse de l'utilisation de la MOI au niveau régional, l'utilisation de la MOI infirmière en CHSLD continue d'augmenter. Un sondage effectué à la période financière 10 auprès des CSSS a d'ailleurs révélé que le taux d'utilisation en mission CHSLD avait augmenté pour plus de la moitié d'entre eux.

L'Agence a déjà largement diffusé ses préoccupations et ses objectifs concernant l'utilisation de la MOI. Pour l'année 2013-2014, le but est de donner davantage de teneur à cette démarche par l'accompagnement personnalisé qui se poursuit, mais également par des suivis rigoureux auprès des établissements les plus concernés. Tous les établissements ayant recours à la MOI devront démontrer les efforts consentis pour faire face à cette problématique.

Projets en cours ayant un impact sur la MOI et le TS en hébergement :

Stratégie nationale

- accompagnement du MSSS dans la démarche de soutien visant la réduction de la MOI dans 17 établissements ciblés. Différents projets sont en cours dans les établissements.

Stratégie régionale

- accompagnement de 13 centres d'hébergement, non visés par la stratégie nationale, dans la réalisation de projets visant l'optimisation des pratiques cliniques, le développement des compétences, les pratiques de gestion ainsi que la stabilisation des équipes de travail. Différents projets sont en cours de développement dans les établissements;
- adoption et déploiement du Plan d'action régional 2012-2015 visant l'optimisation des services du milieu de l'hébergement.

Projets régionaux

- projet no 1 : projet pilote dans trois établissements visant l'adéquation entre le profil de la clientèle, l'offre de service ainsi que la structure et l'organisation du travail;
- projet no 2 : soutien et accompagnement des établissements de Montréal dans le déploiement d'un projet lié à la connaissance de leur profil clientèle (outil ISO-SMAF) et à la révision de leur organisation du travail. Financement : présentation dans le cadre de l'appel de projets d'organisation du travail des comités paritaires nationaux (CHSLD FSSS-CSN).

AXE RÉTENTION ET MIEUX-ÊTRE AU TRAVAIL

OBJECTIFS DE RÉSULTATS

5.2.1 Mettre en œuvre des mesures pour améliorer le climat de travail et favoriser la santé et le bien-être du personnel du réseau et du Ministère en s'appuyant sur les programmes de type *Entreprise en santé*.

5.2.2 Favoriser l'adaptation de la relève professionnelle à la profession et au milieu de travail.

INDICATEURS		RÉSULTATS* 2011-2012	ENGAGEMENTS 2012-2013	RÉSULTATS** 2012-2013
3.01	Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées.	5,16 %	4,94 %	5,40 %
3.10	Pourcentage d'établissements ciblés ayant mis en œuvre leur Programme de soutien clinique - Volet préceptorat.	63 %	75 %	77 %
3.13	Pourcentage d'établissements accrédités par un programme reconnu visant l'amélioration du climat de travail.	33 %	45 %	53 %
3.14	Pourcentage d'établissements ayant obtenu un agrément incluant le volet de mobilisation des ressources humaines.	63 %	100 %	100 %

* Résultats en date du 30 mai 2012
** Résultats en date du 31 mai 2013

COMMENTAIRES :

3.01 Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées

Le ratio d'assurance salaire a augmenté au cours de la dernière année, et ce, malgré les nombreuses mesures mises en place par les établissements de la région pour prévenir et mieux gérer les absences.

Les raisons rapportées par les établissements pour expliquer cette augmentation sont de trois ordres :

1. une augmentation du nombre d'employés absents pour motifs de cancer, chirurgie et autres traitements, ou problèmes de santé physique liés notamment au vieillissement de la main d'œuvre;
2. une augmentation de la durée des absences mentionnées précédemment;

3. une diminution des heures travaillées (du dénominateur) résultant des projets d'optimisation des processus de travail en cours dans de nombreux établissements.

Depuis janvier 2013, l'Agence participe activement à la Table nationale sur l'Assurance salaire pour étudier les raisons de l'augmentation du ratio et cibler des pistes de solution. Un plan d'action sera disponible dès l'automne et implanté dans les établissements de Montréal. À noter que la région montréalaise se démarque toutefois, d'une manière positive, relativement aux autres régions du Québec.

3.10 Programme de soutien clinique - Volet préceptorat

Le volet préceptorat est intégré au Programme national de soutien clinique mis en œuvre dans les établissements qui emploient des infirmières et infirmières auxiliaires ayant moins de deux ans d'expérience dans la profession, lors d'un changement de service, à l'arrivée dans un nouvel établissement ou encore à l'arrivée au Québec.

Il s'adresse aux infirmières et infirmières auxiliaires travaillant de jour, de soir et de nuit. Cette mesure de soutien clinique est offerte par des infirmières et infirmières auxiliaires dont l'expérience et l'expertise sont reconnues (cible de 30 % de préceptrices âgées de plus de 50 ans).

Actuellement, le budget annuel du volet préceptorat (5 282 000 $) est réparti entre 37 établissements publics et privés, soit environ 77 % des établissements pouvant potentiellement implanter un programme de préceptorat. Au total, 48 établissements de la région sont visés par ce programme et la cible fixée pour 2013-2014 est de 80 %.

Afin de s'assurer de mieux répondre aux besoins de soutien clinique des apprenantes et de rétention de la main-d'œuvre, les programmes de préceptorat sont en cours de révision. Ce travail permettra aux établissements de s'ajuster aux orientations ministérielles. Aussi, les établissements sont progressivement sensibilisés à la possibilité d'utiliser le programme de préceptorat pour mieux intégrer les infirmières diplômées hors Québec qui ont moins de deux ans d'expérience dans le réseau.

Les établissements qui permettront d'atteindre la cible de 80 % ont déjà été identifiés (établissements publics) et implanteront un programme au cours de l'année 2013-2014.

3.13 Pourcentage d'établissements accrédités par un programme reconnu visant l'amélioration du climat de travail

En date du 7 mai 2013, 32 sur 60 établissements de la région de Montréal sont engagés dans l'implantation d'une des trois stratégies de type *Employeur de choix* reconnues par le MSSS et l'Agence (*Établissements promoteurs de santé*, *Entreprise en santé* ou *Planetree*). De ces 32 établissements, seulement deux sont certifiés, ce qui correspond à 3 % de la totalité des établissements.

ANNEXE 4 : LES IMMOBILISATIONS ET LES TECHNOLOGIES MÉDICALES

4.1 Les immobilisations

Tableau 5 : Sommaire des subventions accordées par le MSSS – financement des principaux programmes de projets d'immobilisation, 2012-2013

PROGRAMME DE PROJETS D'IMMOBILISATION	MONTANT
Maintien des actifs immobiliers	113 112 507 $
Rénovations fonctionnelles mineures hors CHSLD	39 990 794 $
Rénovations fonctionnelles mineures en CHSLD	11 661 000 $
Modernisation, efficacité énergétique et développement durable	1 625 000 $
Subventions spéciales du MSSS	2 750 000 $
Unités de médecine de famille	2 134 442 $
Centres de procréation médicalement assistée	7 080 739 $
Bureau du directeur exécutif des centres hospitaliers universitaires	3 000 000 $
TOTAL	**181 354 482 $**

4.1.1 Maintien des actifs immobiliers

L'enveloppe budgétaire dédiée au maintien des actifs immobiliers vise le maintien en bon état des immeubles publics du réseau de la santé et des services sociaux. Les interventions permettent d'assurer la continuité des soins et des services dans un environnement sécuritaire, adapté et en conformité avec les normes en vigueur. La priorisation, la réalisation et le suivi des projets de maintien des actifs immobiliers relèvent majoritairement de la responsabilité des établissements. La mise à jour périodique des informations pertinentes au Plan de conservation et de fonctionnalité immobilière (PCFI), faisant partie du système ministériel de planification et de suivi des projets (Actifs + Réseau), est effectuée conjointement par l'Agence et les établissements.

En 2012-2013, l'Agence a reçu du MSSS une enveloppe de 113,1 M$ destinée aux établissements publics, ou appartenant à la Société immobilière du Québec. La partie principale de cette enveloppe (90 %) est répartie selon la valeur de remplacement des immeubles (financement récurrent), et la partie résiduelle de ce montant (10 %) est distribuée aux établissements sous forme de subventions spécifiques[1] complémentaires (financement Agence).

[1] Les demandes déposées par les établissements en vue de l'obtention d'une subvention spécifique font l'objet d'une analyse où plusieurs critères sont considérés et notés, tels que des facteurs pouvant affecter la sécurité et la santé des personnes, les retombées environnementales sur les bâtiments ou l'impact sur la continuité des services en fonction de la non-réalisation d'un projet.

Tableau 6 : Maintien des actifs immobiliers – répartition des budgets, 2012-2013

MISSION DES ÉTABLISSEMENTS	FINANCEMENT RÉCURRENT	FINANCEMENT AGENCE	TOTAL
Centres de santé et de services sociaux	20 932 953 $	4 175 553 $	25 108 506 $
Centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés	58 980 856 $	1 440 000 $	60 420 856 $
Centres hospitaliers de soins psychiatriques	9 077 830 $	1 875 000 $	10 952 830 $
Établissements non intégrés à un CSSS (ex. : CHSLD)	4 529 012 $	1 168 700 $	5 697 712 $
Centres de réadaptation	3 833 658 $	410 000 $	4 243 658 $
Centres jeunesse	4 197 132 $	2 192 000 $	6 389 132 $
Buanderie centrale de Montréal	249 813 $	50 000 $	299 813 $
Total	**101 801 254 $**	**11 311 253 $**	**113 112 507 $**

4.1.2 Rénovations fonctionnelles mineures hors CHSLD

L'Agence a reçu du MSSS une enveloppe récurrente de 40 M$ visant des projets de rénovations fonctionnelles mineures dans les établissements publics à vocation autre que CHSLD pour lesquels les établissements ont déposé des demandes à l'Agence. La moitié de cette enveloppe budgétaire est distribuée aux établissements publics sous forme de budget récurrent en fonction de la valeur de remplacement des immeubles. L'autre moitié de ce budget constitue une enveloppe permettant à l'Agence de prioriser des projets selon divers critères dont, entre autres, les aménagements liés à l'acquisition des équipements médicaux de hautes technologies, les engagements prioritaires de l'Agence, l'impact sur la continuité des services et la reconnaissance de situations requérant un partage du financement entre le budget récurrent de l'établissement et la participation financière complémentaire de l'Agence.

4.1.3 Rénovations fonctionnelles mineures en CHSLD

Le MSSS a également octroyé une enveloppe régionale de 11,7 M$ pour des projets de rénovations fonctionnelles mineures dans les établissements à vocation CHSLD, dont 10,3 M$ ont été réservés à des projets touchant des établissements publics à vocation CHSLD et 1,4 M$ à des projets touchant des établissements privés conventionnés à vocation CHSLD. La totalité de cette enveloppe est distribuée par l'Agence de façon à financer des projets ayant principalement pour objet la sécurité et l'amélioration de la qualité de vie des résidents.

4.1.4 Modernisation, efficacité énergétique et développement durable

Dans le cadre du programme de modernisation des infrastructures, l'Agence a recommandé au MSSS l'autorisation d'un projet autofinancé de modernisation et de centralisation des activités de buanderie au CSSS de Bordeaux-Cartierville–Saint-Laurent.

Dans le programme d'efficacité énergétique et de développement durable, quatre projets ont été autorisés par le MSSS, totalisant des investissements de 30,8 M$. Ce sont les projets d'économie d'énergie et de développement durable du CHSLD juif de Montréal, de l'Hôpital de Lachine (CUSM), de l'Hôpital Notre-Dame (CHUM) et du CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel. Ces quatre projets ont reçu un financement spécifique du MSSS pour un montant total de 1,6 M$ et, une fois réalisés, ils engendreront des économies d'énergie annuelles de 240 000 gigajoules (GJ), soit une réduction moyenne de 29,6 % par rapport à la consommation totale actuelle d'énergie.

4.1.5 Subventions spéciales du MSSS

En 2012-2013, le MSSS a versé une allocation de 2 M$ pour financer le projet de modernisation du système de préparation et de distribution des médicaments du département de pharmacie du CHUM. Le MSSS a également versé une allocation de 750 000 $ pour financer la validation par le Groupe Biomédical Montérégie des demandes, au chapitre du mobilier et des équipements, de 20 projets d'immobilisation touchant 10 régions du Québec.

4.1.6 Unités de médecine de famille

En 2012-2013, le MSSS a versé une allocation totale de 2,1 M$ afin de financer les travaux d'aménagement ainsi que l'acquisition de l'équipement et du mobilier pour trois unités de médecine de famille, soit celle de l'Hôpital de Verdun (CSSS du Sud-Ouest–Verdun), celle du CLSC Métro (CSSS de la Montagne) et celle de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont.

4.1.7 Centres de procréation médicalement assistée

En 2012-2013, le MSSS a versé une allocation totale de 5,2 M$ afin de financer la réalisation de la phase 1 du Centre de procréation médicalement assistée du CHU Sainte-Justine. Une allocation supplémentaire de 1,9 M$ a également été versée pour ce même projet afin de financer l'acquisition des équipements médicaux et du mobilier.

4.1.8 Bureau du directeur exécutif des centres hospitaliers universitaires

En 2012-2013, le MSSS a versé une allocation de 3 M$ pour assurer le fonctionnement (salaires, services professionnels, etc.) du bureau du directeur exécutif des trois centres hospitaliers universitaires (CHUM, CUSM et CHU Sainte-Justine).

4.1.9 Projets d'immobilisation de plus de 500 000$

Plus de 800 projets d'immobilisation ont bénéficié d'un financement au cours de l'exercice 2012-2013. Le tableau suivant présente les 83 projets ayant reçu chacun un financement de plus de 500 000 $ pour un total de 89,6 M$.

Tableau 7 : Projets d'immobilisation de plus de 500 000 $, 2012-2013

ÉTABLISSEMENT / INSTALLATION	PROJET	FINANCEMENT	SOURCE*
Centre de soins prolongés Grace Dart	Installation de lève-patients sur rails	504 000 $	2
Centre Dollard-Cormier	Réfection des toitures	605 305 $	1
Centre Dollard-Cormier / Pavillon Prince-Arthur	Aménagement des locaux de l'aile B pour l'accueil du programme Itinérance	866 738 $	2
Centre Dollard-Cormier / Pavillon Prince-Arthur	Réfection de l'enveloppe architecturale du site Prince-Arthur/Saint-Urbain – phase 1 - ailes A et D	629 893 $	1
CHUM	Modernisation du système de pharmacie	2 000 000 $	3
CHUM / Hôpital Notre-Dame	Maintien des infrastructures	700 000 $	1
CHUM / Hôpital Notre-Dame	Mesures complémentaires au programme d'économie d'énergie	750 000 $	1
CHUM / Hôpital Notre-Dame	Mise aux normes de la salle de réveil	1 050 000 $	1
CHUM / Hôpital Notre-Dame	Modernisation des centrales thermiques	1 150 000 $	1
CHUM / Hôpital Notre-Dame	Réfection des services alimentaires	850 000 $	1
CHUM / Hôpital Notre-Dame	Réfection du 3^{e} étage du pavillon Deschamps	1 300 000 $	1
CHUM / Hôpital Saint-Luc	Réfection du 9^{e} étage Ouest, du 2^{e} étage centre et du 11^{e} étage - portion « Maintien des actifs »	800 000 $	1
CHUM / Hôtel-Dieu de Montréal	Rehaussement du système de ventilation à l'unité des	650 000 $	1

ÉTABLISSEMENT / INSTALLATION	PROJET	FINANCEMENT	SOURCE*
	grands brûlés		
Centre hospitalier de St. Mary	Ajout de 7 civières à l'urgence	2 805 243 $	2
Centre hospitalier de St. Mary	Réfection de la salle des serveurs	786 000 $	1
Centre hospitalier de St. Mary	Réfection de la ventilation (distribution) et de l'éclairage au bâtiment 5	800 000 $	1
Centre hospitalier de St. Mary	Réfection du système d'alarme incendie - phase 2	1 150 000 $	1
Centre hospitalier gériatrique Maimonides	Réfection du plancher de la cuisine	1 000 000 $	1
Centre hospitalier gériatrique Maimonides	Réparation du système de chauffage	608 153 $	1
CHU Sainte-Justine	Correction de la vétusté de l'unité B7-C7 (psychiatrie)	1 015 480 $	1
CHU Sainte-Justine	Mise aux normes de la compartimentation du système de coupe-feu	1 107 652 $	1
CHU Sainte-Justine	Réalisation de la phase 1 du Centre de procréation médicalement assistée	5 138 000 $	3
CHU Sainte-Justine	Réfection du réseau électrique (normal et d'urgence)	1 183 966 $	1
CHU Sainte-Justine	Travaux préalables au projet du Centre de procréation médicalement assistée	985 256 $	2
CUSM / Hôpital général de Montréal	Mise à jour de l'infrastructure électrique vétuste	750 000 $	1
CUSM / Hôpital général de Montréal	Mise à jour de l'infrastructure mécanique vétuste	1 600 000 $	1
CUSM / Hôpital général de Montréal	Nouveau poste électrique - installation d'un transformateur de 25 K	800 000 $	1
CUSM / Hôpital général de Montréal	Raccordement des tours d'eau	650 000 $	1
CUSM / Hôpital général de Montréal	Réfection de l'entrée électrique	2 500 000 $	1
CUSM / Hôpital général de Montréal	Réparation de la ligne d'eau glacée entre la centrale thermique et le pavillon R	975 000 $	1
CUSM / Hôpital général de Montréal	Réparation des systèmes de ventilation - résorption du déficit d'entretien immobilier	2 000 000 $	1
CUSM / Hôpital de Lachine	Travaux d'aménagements pour installer un appareil d'imagerie par résonance magnétique (IRM)	2 079 343 $	1
CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord / Centre d'hébergement de Louvain	Réaménagement des unités de vie - mise à niveau mécanique	733 020 $	2
CSSS de Bordeaux-Cartierville–Saint-Laurent / Centre d'hébergement de Cartierville	Provision pour la réparation du débarcadère	520 400 $	1
CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle / Centre d'hébergement de Dorval	Correction d'un accès universel de la cour arrière	546 666 $	2
CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle / Centre d'hébergement de LaSalle	Réfection des salles de bain et de douche	1 225 794 $	2
CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle / Centre d'hébergement de LaSalle	Remplacement d'un ascenseur	825 000 $	1
CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle / Centre d'hébergement de LaSalle	Réaménagement de la stérilisation et des armoires au bloc opératoire	875 000 $	2
CSSS de la Pointe-de-l'Île / Centre d'hébergement Pierre-Joseph-Triest	Réaménagement du service alimentaire - volet réfection du plancher de la cuisine	1 350 000 $	1
CSSS de la Pointe-de-l'Île / CLSC Rivière-des-Prairies	Relocalisation du centre de jour à l'Hôpital Rivière-des-Prairies	1 678 016 $	2
CSSS de l'Ouest-de-l'Île / Hôpital général du Lakeshore	Réfection de l'enveloppe du bâtiment - zone 4	2 263 180 $	1

ÉTABLISSEMENT / INSTALLATION	PROJET	FINANCEMENT	SOURCE*
CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel / Centre d'hébergement Saint-Michel	Correction de problèmes de vétusté (infiltration d'eau) - façade Saint-Michel	715 000 $	1
CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel / Centre d'hébergement Saint-Michel	Projet d'économie d'énergie - remplacement des chaudières et du système de contrôle	891 000 $	1
CSSS du Cœur-de-l'Île / Hôpital Jean-Talon	Aménagement des espaces pour la phase 2 du programme de soutien à domicile	660 549 $	2
CSSS du Cœur-de-l'Île / Hôpital Jean-Talon	Mise en conformité de la plomberie et de la ventilation (travaux urgents)	550 000 $	1
CSSS du Sud-Ouest–Verdun / Hôpital de Verdun	Aménagement de la pharmacie - système automatisé et robotisé de distribution des médicaments (SARDM)	665 000 $	2
CSSS Jeanne-Mance / Centre d'hébergement Bruchési	Rénovation fonctionnelle majeure	2 450 000 $	2
CSSS Lucille-Teasdale / Centre d'hébergement J.-Henri-Charbonneau	Aménagement de la laverie	560 000 $	1
Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal	Réfection de la distribution électrique - lot 2 - salle tertiaire T-1D et T-2D	900 000 $	1
Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal	Réfection de la toiture - lot 3 (bassins D, E, F et G)	850 000 $	1
Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal	Remplacement du système de ventilation en hémodialyse	855 000 $	1
Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal	Rénovation des ascenseurs - phase 1	700 000 $	1
Hôpital Maisonneuve-Rosemont	Réaménagement de la pharmacie oncologique	1 100 000 $	2
Hôpital Maisonneuve-Rosemont / Pavillon Maisonneuve et Pavillon Marcel-Lamoureux	Fiabilisation des systèmes mécaniques et électriques	839 468 $	1
Hôpital Maisonneuve-Rosemont / Pavillon Maisonneuve et Pavillon Marcel-Lamoureux	Programme de remplacement du système de traitement de l'air n° 7	1 147 360 $	1
Hôpital Maisonneuve-Rosemont / Pavillon Maisonneuve et Pavillon Marcel-Lamoureux	Programme de remplacement réseau de plomberie n° 7	800 000 $	1
Hôpital Maisonneuve-Rosemont / Pavillon Maisonneuve et Pavillon Marcel-Lamoureux	Programme de remplacement du réseau électrique n° 5	1 300 000 $	1
Hôpital Maisonneuve-Rosemont / Pavillon Rosemont	Relocalisation de l'unité de médecine de famille au 3e étage	1 600 000 $	3
Hôpital Rivière-des-Prairies	Mise aux normes des services électriques et mécaniques au cours des travaux de rapatriement des deux cliniques externes	686 635 $	1
Hôpital Santa Cabrini	Réfection de la clinique externe - secteur gynécologie	561 600 $	2
Institut de cardiologie de Montréal	Remplacement du système de chauffage - climatisation et ventilation # 403-7 (capacité de 55 000 CFM)	800 000 $	1
Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal / Hôpital de réadaptation Lindsay	Réparation du système de ventilation et de chauffage	830 000 $	1
Institut Philippe-Pinel de Montréal	Remplacement d'un ascenseur défectueux	520 000 $	1
Institut universitaire en santé mentale de Montréal	Aménagement des espaces de relocalisation temporaire des usagers	650 000 $	2
Institut universitaire en santé mentale de Montréal	Aménagement des unités 305-405 (gicleurs)	680 000 $	1
Institut universitaire en santé mentale de Montréal	Provisions pour des travaux de maçonnerie	604 822 $	1

ÉTABLISSEMENT / INSTALLATION	PROJET	FINANCEMENT	SOURCE*
Institut universitaire en santé mentale de Montréal	Provisions pour la réfection du système de drainage périphérique – phase 2	700 000 $	1
Institut universitaire en santé mentale de Montréal	Rehaussement partiel de la capacité du réseau électrique d'urgence	2 540 175 $	1
Institut universitaire en santé mentale de Montréal	Remplacement d'une chaudière	1 000 000 $	1
Institut universitaire en santé mentale Douglas	Reconstruction partielle du pavillon Stearns	675 000 $	1
Institut universitaire en santé mentale Douglas	Reconstruction partielle du pavillon Stearns	675 000 $	2
Le Centre jeunesse de Montréal / Site Cité des Prairies	Réfection et mise à niveau du foyer de groupe Ahuntsic	897 402 $	1
Le Centre jeunesse de Montréal / Site Dominique-Savio	Climatisation des unités de vie	3 323 504 $	1
Le Centre jeunesse de Montréal / Site Dominique-Savio	Remplacement des fenêtres extérieures de l'aile A	598 000 $	1
Les Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw / Campus Prévost	Aménagement du bâtiment - phase 2	741 992 $	2
Les Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw / Succursale Centre-ville	Désamiantage et reconstruction du rez-de-chaussée	875 583 $	1
Les Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw	Travaux de réfection du bâtiment (maçonnerie et fenestration) - édifice Reddy Memorial	1 786 100 $	1
Hôpital général Juif S.M.B.D.	Réaménagement fonctionnel du Département de contrôle des infections et du laboratoire de pathologie moléculaire	696 245 $	2
Hôpital général Juif S.M.B.D.	Réaménagement de la ventilation au 2B - échographie	502 027 $	1
Hôpital général Juif S.M.B.D.	Réfection de la ventilation au pavillon G - pathologie et microbiologie	1 000 000 $	1
Hôpital général Juif S.M.B.D.	Réfection du système de chauffage et climatisation au pavillon E	595 945 $	1
Hôpital général Juif S.M.B.D.	Remplacement de la tour d'eau des compresseurs de chambres froides	554 000 $	1
Hôpital général Juif S.M.B.D.	Remplacement des systèmes de ventilation du bloc B	698 330 $	1
TOTAL	**83 PROJETS**	**89 582 842 $**	

*Source de financement :

1. Programme de maintien des actifs immobiliers.
2. Programme de rénovations fonctionnelles mineures.
3. Subventions spécifiques du MSSS.

4.2 Les locations d'espaces

En 2012-2013, l'Agence de Montréal a versé un montant total de 47,7 M$ en dépenses locatives aux établissements via leur budget de fonctionnement. Ce montant se compose des versements mensuels de loyers prévus aux baux (45,8 M$), majorés des ajustements annuels correspondant aux coûts réels des taxes foncières (600 000 $) et à l'indexation des frais d'exploitation (1,3 M$).

Pour l'exercice 2012-2013, 166 baux sont en vigueur. Leur durée (excluant les options de renouvellement) est répartie comme suit :

- 0 à 5 ans : 73 %
- 6 à 10 ans : 19 %
- 11 à 15 ans : 4 %
- 16 à 20 ans : 4 %

Tableau 8 : Répartition des coûts de location selon la mission des établissements, 2012-2013

	BAUX COMMERCIAUX				BAUX RÉSIDENTIELS	
MISSION DES ÉTABLISSEMENTS	NOMBRE D'INSTALLATIONS	SUPERFICIE (M^2)	COÛTS TOTAUX	TAUX ($/M^2$)	NOMBRE D'INSTALLATIONS	COÛTS TOTAUX
Centres de santé et de services sociaux	53	109 705	29 407 369 $	268,06 $	0	0 $
Centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés	10	7 738	3 911 568 $	505,51 $	0	0 $
Centres hospitaliers de soins psychiatriques	13	8 897	1 978 065 $	222,32 $	8	469 387 $
Centres de réadaptation	34	35 450	6 566 023 $	185,22 $	6	45 920 $
Centres jeunesse	14	17 399	4 658 164 $	267,73 $	28	669 545 $
TOTAL	**124**	**179 189**	**46 521 189 $**	**259,62 $**	**42**	**1 184 852 $**

4.3 Les technologies médicales

Tableau 9 : Sommaire des subventions accordées par le MSSS – financement des principaux programmes de projets d'équipements, 2012-2013

PROGRAMME DE PROJETS	MONTANT
Maintien des actifs - équipements médicaux	89 733 402 $
Maintien des actifs - équipements non médicaux (généraux et de mobilier)	20 303 232 $
Subventions spéciales du MSSS	3 709 258 $
Équipements financés par la Fondation canadienne pour l'innovation (FCI)	5 157 379 $
Aides techniques - programmes de soutien à domicile	9 184 797 $
TOTAL	**128 088 068 $**

4.3.1 Maintien des actifs

Les enveloppes budgétaires dédiées au maintien des actifs des équipements médicaux et non médicaux (équipements généraux et de mobilier) visent à remplacer ou à rehausser les équipements désuets des établissements du réseau et permettent d'assurer la continuité des soins et des services de façon adéquate. La mise à jour périodique des informations pertinentes au Plan de conservation de l'équipement et du mobilier (PCEM), faisant partie du système ministériel de planification et de suivi des projets (Actifs + Réseau), est effectuée conjointement par l'Agence et les établissements.

En 2012-2013, l'Agence a reçu du MSSS un montant de 89,7 M$ pour les équipements médicaux et un montant de 20,3 M$ pour les équipements non médicaux. Ces deux enveloppes budgétaires sont séparées en deux parties : une partie récurrente de 90 % pour les équipements médicaux et de 95 % pour les équipements non médicaux, et une partie complémentaire (Agence) de 10 % pour les équipements médicaux et de 5 % pour les équipements non médicaux. La partie récurrente est distribuée selon le système de la valeur de remplacement des équipements (poids relatif de la valeur du parc d'équipement d'un établissement par rapport à la valeur du parc d'équipement de l'ensemble des établissements). La partie complémentaire est gardée en réserve et est utilisée pour répondre à des priorités régionales, telles que l'ajout d'un financement de l'Agence pour des projets que les établissements ne peuvent financer seuls ou encore pour répondre à des urgences en cours d'exercice.

Tableau 10 : Maintien des actifs – répartition des budgets d'équipements, 2012-2013

	ÉQUIPEMENTS MÉDICAUX		ÉQUIPEMENTS NON MÉDICAUX		
MISSION DES ÉTABLISSEMENTS	FINANCEMENT RÉCURRENT	FINANCEMENT AGENCE	FINANCEMENT RÉCURRENT	FINANCEMENT AGENCE	TOTAL
Centres de santé et de services sociaux	11 724 074 $	- $	5 414 447 $	- $	17 138 521 $
Centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés	65 567 973 $	- $	9 054 569 $	- $	74 622 542 $
Centres hospitaliers de soins psychiatriques	813 383 $	- $	1 332 022 $	- $	2 145 405 $
Établissements non intégrés à un CSSS (CHSLD et CLSC)	1 429 760 $	- $	1 012 178 $	- $	2 441 938 $
Centres de réadaptation	456 060 $	- $	1 175 782 $	- $	1 631 842 $
Centres jeunesse	296 532 $	- $	1 299 072 $	- $	1 595 604 $
Réserve pour autres priorités régionales et financements complémentaires	- $	9 445 620 $	- $	1 015 162 $	10 460 782 $
TOTAL	**80 287 782 $**	**9 445 620 $**	**19 288 070 $**	**1 015 162 $**	**110 036 634 $**

4.3.2 Subventions spéciales du MSSS

En 2012-2013, le MSSS a octroyé pour la région de Montréal un montant de 3 M$ pour financer l'acquisition d'équipements ou de mobilier supplémentaires visant à consolider ou stabiliser une offre de service existante.

De plus, un montant additionnel de 700 000 $ a été octroyé pour financer l'acquisition d'équipements spécialisés dans le cadre des programmes de dépistage de la surdité chez les nouveau-nés (CUSM et CHU Sainte-Justine), de dépistage du syndrome de Down (CHU Sainte-Justine) et de conversion de lits de soins intermédiaires en lits de soins intensifs en néonatalogie (CHU Sainte-Justine).

4.3.3 Équipements financés par la Fondation canadienne pour l'innovation (FCI)

En 2012-2013, un financement total de 5,2 M$ a été octroyé par la FCI. Ce financement permet de défrayer jusqu'à 40 % des dépenses autorisées dans chacun des projets de recherche retenus.

Parmi les 11 projets touchant 7 établissements, il convient de souligner le projet « Innovations en imagerie cardiovasculaire et en thérapies guidées par l'image pour améliorer la prise en charge des patients », financé à hauteur de 4 M$ et octroyé à trois établissements (CHUM, CHU Sainte-Justine et Institut de cardiologie de Montréal).

4.3.4 Aides techniques – programmes de soutien à domicile

L'Agence et certains établissements fiduciaires gèrent un certain nombre de programmes d'aides techniques visant à soutenir les clientèles ciblées pour le retour et le maintien à domicile ainsi que les personnes ayant une déficience motrice, organique ou intellectuelle entraînant des incapacités significatives et persistantes. Tous les CSSS de la région de Montréal collaborent à la réalisation de ces programmes, en plus d'une équipe de l'Agence. Plus de 6 500 dossiers d'aide à la vie quotidienne et à la vie domestique, de fournitures d'élimination, d'aide à la mobilité, d'oxygénothérapie à domicile et de chaussures orthétiques ont été traités.

Dans la foulée de la mise en application de la politique de soutien à domicile « Chez soi, le premier choix », visant à accroître les services offerts à domicile, le MSSS a ajouté au budget régulier de 3,8 M$ des investissements supplémentaires de 5,4 M$ pour la région, ce qui représente un investissement total de 9,2 M$ pour l'année 2012-2013. Le financement additionnel de 5,4 M$ couvre les équipements d'oxygénothérapie à domicile, les équipements d'aide à la vie quotidienne et à la vie domestique, les appareils d'analyse et de soutien à domicile (glucomètres, équipements de traitement des plaies par pression négative, surfaces thérapeutiques), les appareils d'aides techniques à la communication et les appareils d'aides à la mobilité (triporteurs, quadriporteurs, ambulateurs, tricycles et vélos adaptés).

Tableau 11 : Programmes d'aides techniques – répartition du financement, 2012-2013

PROGRAMME	FINANCEMENT
Équipements et fournitures d'oxygénothérapie à domicile	1 092 754 $
Équipements d'aide à la vie quotidienne et domestique	2 812 340 $
Aides techniques pour les fonctions d'élimination	2 108 899 $
Chaussures orthétiques	206 035 $
Aides techniques à la communication	689 000 $
Appareils pour le soutien à domicile	433 268 $
Appareils d'aide à la mobilité	1 842 501 $
TOTAL	**9 184 797 $**

4.3.5 Projets d'équipements, 2012-2013

Plus de 2 500 projets d'équipements ont reçu du financement au cours de l'exercice 2012-2013. Le tableau suivant présente les 32 projets ayant reçu chacun un financement de plus de 500 000 $, pour un montant total de 35 M$.

Tableau 12 : Projets d'équipements de plus de 500 000 $, 2012-2013

Établissement / Installation	Titre	Financement	Source *
CHUM	Innovations en imagerie cardiovasculaire et en thérapies guidées par image - FCI-20974	3 569 599 $	3
CHUM / Hôpital Notre-Dame	Remplacement de l'appareil de radiographie générale pour le Département de radiologie	550 000 $	1
CHUM / Hôpital Notre-Dame	Remplacement de moniteurs multiparamétriques	554 400 $	1
CHUM / Hôpital Notre-Dame	Remplacement de trois systèmes cœur-poumon artificiel	600 000 $	1
CHUM / Hôpital Notre-Dame	Remplacement d'un parc de pousse-seringue	546 000 $	1
CHUM / Hôpital Notre-Dame	Remplacement d'un tomodensitomètre et d'un injecteur pour le Département de radiologie	1 200 000 $	1
CHUM / Hôtel-Dieu de Montréal	Remplacement d'une caméra gamma jumelée à un tomodensitomètre diagnostique pour le Département de médecine nucléaire	1 200 000 $	1
CHU Sainte-Justine	Acquisition de l'équipement et du mobilier pour la phase 1 du Centre de procréation médicalement assistée	1 942 739 $	3
CHU Sainte-Justine	Remplacement du système de monitorage au Service de néonatalogie	1 000 000 $	1
CHU Sainte-Justine	Remplacement d'un autoanalyseur biochimique au laboratoire central	710 000 $	1
CUSM / Hôpital neurologique de Montréal	Remplacement de deux parcs de pompes à perfusion	5 156 000 $	1
CUSM / Hôpital Royal Victoria	Acquisition d'un appareil d'imagerie par résonance magnétique	900 000 $	1
CUSM / Hôpital Royal Victoria	Mise à niveau de cinq colorateurs de lames pour histochimie	681 687 $	1
CUSM / Hôpital Royal Victoria	Remplacement de 200 moniteurs de signes vitaux	600 000 $	1
CUSM / Hôpital Royal Victoria	Remplacement d'un appareil de fluoroscopie	650 629 $	1
CSSS du Cœur-de-l'Île / Hôpital Jean-Talon	Acquisition d'un appareil de radio fluoroscopie numérique	730 000 $	1
CSSS du Sud-Ouest–Verdun / Hôpital de Verdun	Acquisition de divers équipements pour le centre de stérilisation	1 000 000 $	1
Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal	Projet de modernisation de la buanderie	686 096 $	2
Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal	Rehaussement des plateaux d'instruments au bloc opératoire	932 000 $	1
Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal	Remplacement du parc de pousse-seringue intermittent pour antibiotiques	525 000 $	1
Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal	Remplacement d'une salle d'angiographie	625 000 $	1

ÉTABLISSEMENT / INSTALLATION	TITRE	FINANCEMENT	SOURCE *
Hôpital Maisonneuve-Rosemont / Pavillon Maisonneuve et Pavillon Marcel-Lamoureux	Acquisition d'un appareil d'imagerie par résonance magnétique	850 000 $	1
Hôpital Maisonneuve-Rosemont / Pavillon Maisonneuve et Pavillon Marcel-Lamoureux	Acquisition d'un appareil de mammographie numérique	736 055 $	1
Hôpital Maisonneuve-Rosemont / Pavillon Maisonneuve et Pavillon Marcel-Lamoureux	Remplacement d'un accélérateur linéaire	1 000 000 $	1
Hôpital Santa Cabrini	Remplacement du système de radioscopie	1 000 000 $	1
Institut de cardiologie de Montréal	Remplacement de la salle d'électrophysiologie	1 016 664 $	1
Institut de cardiologie de Montréal	Remplacement d'écho-cardiographes	815 000 $	1
Institut de cardiologie de Montréal	Remplacement d'une caméra gamma	1 570 000 $	1
Institut universitaire en santé mentale de Montréal	Mise à niveau des dispositifs antisuicide	700 000 $	1
L'Hôpital général Juif S.M.B.D.	Remplacement de la salle de fluoroscopie numérique n° 4	800 000 $	1
L'Hôpital général Juif S.M.B.D.	Remplacement d'un appareil de résonance magnétique	1 520 779 $	1
L'Hôpital général Juif S.M.B.D.	Remplacement d'un tomodensitomètre	704 628 $	1
TOTAL	**32 PROJETS**	**35 072 276 $**	

*Source de financement :

1. Programme de maintien des actifs – équipement médical.
2. Programme de maintien des actifs – équipement non médical.
3. Subventions spécifiques du MSSS.

ANNEXE 5: LES DONNÉES FINANCIÈRES

5.1 La situation financière générale

5.1.1 Les crédits alloués à la région en 2012-2013

Le MSSS implantait en 2004-2005 un nouveau mode d'allocation des ressources dans l'ensemble du réseau québécois de la santé et des services sociaux ayant pour objet de remplacer progressivement la budgétisation historique des établissements. Cette dernière, en plus de reconduire le budget de l'année précédente, comprend, s'il y a lieu, une indexation qui tient compte du coût des ajustements salariaux et de la hausse prévue des dépenses autres que les salaires. L'allocation de l'enveloppe régionale de crédits évolue donc progressivement, année après année, d'un mode d'allocation basé sur des crédits historiques vers un mode basé sur une approche populationnelle.

5.1.2 Sur une base historique

En 2012-2013, les crédits nets alloués par le MSSS à la région de Montréal ont atteint 6 204,8 M$, soit une augmentation de 170,6 M$ ou 2,83 % par rapport à 2011-2012. Les tableaux suivants détaillent les éléments composant cette hausse.

Tableau 13 : Nouveaux crédits 2012-2013

CRÉDITS RÉCURRENTS	(EN M $)	
Coût de système (indexation des dépenses)[1]	134,4 $	2,23%
Coût de système spécifique[2]	26,5 $	0,44%
Mesures d'optimisation incluant les mesures réduction des dépenses administratives (Loi 100)[3]	(78,9 $)	-1,31%
Réallocation régionale - mesures d'optimisation[3]	(0,6 $)	-0,01%
Annualisation des crédits récurrents 11-12	0,8 $	0,01%
Rehaussement des bases budgétaires[4]	28,5 $	0,47%
Indexation des salaires clause PIB 0,5 %[5]	19,2 $	0,32%
Nouveaux budgets de fonctionnement UMF - CHSGS et CSSS	2,8 $	0,05%
Indexation des revenus et autres ajustements[6]	(8,5 $)	-0,14%
Néonatalogie, soins en oncologie et soins intensifs - CHU Ste-Justine et Hôpital général Juif S.M.B.D.	7,9 $	0,13%
Grand refuges - Plan action interministériel en itinérance	1,0 $	0,02%
GMF	2,0 $	0,03%
Amélioration de l'alimentation en CHSLD	0,7 $	0,01%
Institut Philippe-Pinel - Règlement hors cours	0,7 $	0,01%
Divers crédits récurrents	2,3 $	0,04%
AJUSTEMENT DU FINANCEMENT DES CRÉDITS NON RÉCURRENTS RENOUVELABLES		
Production chirurgicale - réduction des listes d'attente[7]	9,7 $	0,16%
Nouvelles conventions collectives, maintien de l'équité[8]	59,8 $	0,99%
Mesures de désengorgement des urgences[9]	(23,5 $)	-0,39%
Divers crédits non récurrents	2,7 $	0,04%
CRÉDITS NON RÉCURRENTS		
Effort additionnel[10]	(12,7 $)	-0,21%
Remboursement PPALV[11]	(11,7 $)	-0,19%
RUIS CHUM-CUSM	2,2 $	0,04%
Soutien aux services - Centre de réadaptation de l'Ouest de Montréal (CROM)[12]	1,8 $	0,03%
Programme de soutien au financement et traitement de la toxicomanie (PSFTT)	0,7 $	0,01%
Divers	(1,5 $)	-0,02%
TOTAL AVANT PRODUITS DU SANG	166,3 $	2,76%
Redressement approvisionnement en produits du sang[13]	4,3 $	0,07%
TOTAL	**170,6 $**	**2,83%**

Notes :

1. Le coût de système (indexation des dépenses), au montant de 134,4 M$, permet de couvrir les coûts supplémentaires des établissements et organismes communautaires liés à l'augmentation des salaires, des contributions d'employeurs aux régimes universels ainsi que les fournitures et dépenses diverses.
2. Le coût de système spécifique, au montant de 26,5 M$, compense la forte croissance de certains coûts, notamment les médicaments, les fournitures médicales et certaines hausses de volume liées au vieillissement de la population et touche plus particulièrement les centres hospitaliers et les CSSS ayant une mission hospitalière.
3. Les mesures d'optimisation, incluant les mesures de réduction des dépenses administratives (Loi 100) ont entrainé une coupure budgétaire de 78,9 M$. Toutefois, le MSSS a réalloué à la région 12 M$ récurrents en cours d'exercice, soit 0,6 M$ de moins que le montant non récurrent alloué en 2011-2012.
4. Le MSSS a procédé au rehaussement des bases budgétaires pour éliminer les cibles déficitaires autorisées de tous les établissements, sauf le CUSM. Le montant des rehaussements totalise 43,5 M$, soit 28,5 M$ de plus que le montant non récurrent alloué en 2011-2012.
5. À la suite de l'ajustement des salaires de 0,5 % rétroactif au 1er avril 2012 (ajustement en lien avec la clause PIB prévue aux conventions collectives), l'Agence a reçu un montant de 19,2 M$.
6. En 2012-2013, l'indexation des revenus découlant de la contribution des usagers a augmenté de 8,5 M$ et reflète les modifications apportées par le MSSS au 1er janvier de chaque année aux tarifs et contributions à charger par les établissements aux usagers.
7. Dans le dossier du programme d'accès à la chirurgie, le règlement du solde à recevoir du MSSS au 31 mars 2012, soit 9,7 M$, a été versé dans les crédits courants 2012-2013.
8. L'Agence a reçu des crédits totalisant 158,6 M$ pour couvrir les coûts supplémentaires associés aux mesures découlant des nouvelles conventions collectives et au maintien de l'équité salariale des salariés, des cadres, des pharmaciens et des sages-femmes. Ce montant représente 59,8 M$ de plus qu'en 2011-2012.
9. Le financement de 19 M$ pour les mesures additionnelles de désengorgement des urgences a été confirmé après le 31 mars 2013 tandis qu'en 2011-2012, les sommes avaient été versées en cours d'exercice.
10. En cours d'exercice, un montant de 12,7 M$ a dû être retourné au MSSS à titre de contribution de l'Agence de Montréal à l'effort additionnel demandé par le MSSS pour atteindre l'équilibre budgétaire national.
11. L'Agence a remboursé une avance de 11,7 M$ reçue du MSSS pour 2010-2011 dans le cadre du Plan d'action en PPALV.
12. L'Agence a reçu 1,8 M$ afin de soutenir les services dispensés par le Centre de réadaptation de l'Ouest de Montréal.
13. Enfin, les crédits ont été augmentés de 4,3 M$ en matière de produits du sang afin d'apparier les revenus au niveau de la dépense réelle 2011-2012.

5.1.3 Vers un nouveau mode d'allocation des ressources

Tout comme la budgétisation historique, le nouveau mode d'allocation calcule une enveloppe globale de crédits pour chaque région qui est ensuite répartie par les agences entre les établissements de leur région. Toutefois, ce nouveau mode d'allocation, implanté en 2004-2005, est basé sur une approche populationnelle qui prend en compte les besoins de la population et les caractéristiques propres à chaque région à l'intérieur du cadre des neuf (9) programmes-services et des deux (2) programmes-soutien.

Tableau 14 : Configuration des programmes

PROGRAMMES-SERVICES	Programmes destinés à l'ensemble de la population 1. Santé publique 2. Services généraux – activités cliniques et d'aide/Services médicaux de première ligne Programmes répondant à des problématiques particulières 1. Perte d'autonomie liée au vieillissement 2. Déficience physique 3. Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement (TED) 4. Jeunes en difficulté (0 à 17 ans) 5. Dépendances 6. Santé mentale 7. Santé physique
PROGRAMMES -SOUTIEN	1. Administration et soutien aux services 2. Gestion des bâtiments et des équipements

5.1.4 Évaluation de la dépense attendue et de l'écart de transition

Aux fins de l'établissement de l'enveloppe initiale de crédits 2012-2013, le MSSS a procédé, pour chacune des régions du Québec, à l'évaluation du niveau de la dépense attendue selon une méthode tenant compte de différents indicateurs de besoins spécifiques caractérisant la population ciblée (âge, sexe, isolement social, pauvreté, etc.) et ses établissements (volumes d'interventions attendus, catégories et caractéristiques des établissements, etc.). La méthodologie du MSSS reconnaît aussi certaines particularités régionales dont, par exemple à Montréal, la diversité ethnoculturelle, la présence de nombreux établissements ayant une mission d'enseignement universitaire ou offrant des services nationaux. La méthode considère également la mobilité interrégionale.

Tableau 15 : Conciliation des crédits avec le nouveau mode d'allocation des ressources – transition

ÉVALUÉ EN DOLLARS DE 2012-2013	
Dépense de référence indexée (dépense réelle 2010-2011 actualisée en 2012-2013)	6 121,0 M$
Dépense attendue 2012-2013 - Par programme : selon l'approche populationnelle - Particularités régionales	5 912,4 M$
Écart entre dépense attendue et dépense de référence – richesse relative	(208,6) M$

Comme le démontre le tableau précédent, la comparaison entre la dépense de référence indexée 2012-2013 évaluée à 6 121 M$ (composée de la dépense historique 2010-2011 actualisée en 2012-2013) et la dépense attendue corrigée pour la même année, soit 5 912,4 M$, semble démontrer une richesse relative de 208,6 M$ pour la région.

Le MSSS utilise les résultats du nouveau mode d'allocation des ressources lors de l'attribution et la répartition entre les régions de certains crédits, dont notamment le coût de système spécifique, les budgets de développement ainsi que pour la répartition entre les régions des mesures d'optimisation (incluant les mesures de réduction de dépenses liées à la Loi 100).

En tenant compte de la richesse relative établie selon le nouveau mode d'allocation des ressources et de nouveaux crédits reçus au budget initial (315,1 M$), la dépense autorisée pour la région a été fixée à 6 390,7 M$, à la confirmation de l'enveloppe initiale de crédits 2012-2013. L'enveloppe finale de crédits reçus en 2012-2013 (crédits nets) se chiffrait au total à 6 204,8 M$, ceci après réception de nouveaux crédits (263,4 M$) en cours d'exercice, et après déduction des revenus des usagers (437 M$) et de la cible déficitaire régionale (12,3 M$) (voir Tableau 16 – Conciliation de la dépense autorisée, des crédits bruts et nets 2012-2013).

Tableau 16 : Conciliation de la dépense autorisée, des crédits bruts et nets 2012-2013

DÉPENSES ATTENDUES 2012-2013 (CRÉDITS BRUTS)		**5 912,4 M$**
Écart nouveau mode d'allocation des ressources – richesse relative		208,6 M$
PEFSAD, loyer SIQ, Santé publique Agence et médecins		(45,4) M$
Nouveaux crédits reçus lors du budget initial et autres ajustements		315,1 M$
DÉPENSES AUTORISÉES CONFIRMÉES AU BUDGET INITIAL (CRÉDITS BRUTS)		6 390,7 M$
Nouveaux crédits reçus après le budget initial et autres ajustements		263,4 M$
Financé par	Revenus des usagers	(437,0) M$
	Cible déficitaire régionale[1]	(12,3) M$
ENVELOPPE RÉGIONALE DE CRÉDITS 2012-2013 (CRÉDITS NETS)		6 204,8 M$

1 Cible déficitaire régionale confirmée en début d'exercice par le MSSS au moment de l'attribution de l'enveloppe initiale de crédits 2012-2013 (55,8 M$), moins le rehaussement des bases budgétaires reçu en cours d'exercice (43,5 M$).

5.1.5 La situation financière des établissements

Planification et suivi budgétaire

Chaque année, conformément à l'article 7 de la *Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau de la santé et des services sociaux*, les conseils d'administration des établissements publics sont tenus d'adopter un budget de fonctionnement en surplus ou en équilibre dans les trois semaines suivant la date à laquelle l'Agence leur fait connaître le montant qu'elle affecte à leur budget de fonctionnement. L'article 3 de cette même loi précise que l'équilibre entre les revenus et les dépenses doit être maintenu tout au long de l'exercice financier. Une circulaire émise par le MSSS définit les modalités entourant les rapports périodiques et autres informations que les établissements publics doivent transmettre périodiquement afin d'assurer le suivi de leur situation financière. L'Agence procède chaque fois à une analyse et à une validation rigoureuse de l'information fournie.

Selon l'article 10, dans le cas où l'équilibre budgétaire ne peut être assuré, l'établissement doit en aviser l'Agence et le MSSS, puis déposer un plan de redressement dûment adopté par son conseil d'administration.

Cibles déficitaires autorisées

Malgré le suivi rigoureux de l'Agence, certains établissements montréalais présentaient un déficit de fonctionnement année après année, et ce, malgré les exigences de la Loi. Face à cette situation, en 2003-2004, le MSSS a déployé, à l'intention des établissements publics, une démarche de retour à l'équilibre budgétaire prévue sur un horizon de trois ans. Le MSSS comptait ainsi éliminer le déficit cible de Montréal en 2003-2004, alors au montant de 141,6 M$, par un redressement des bases budgétaires, en trois étapes annuelles. Toutefois, en raison de diverses considérations, la démarche a dû être prolongée au-delà de l'échéance initialement prévue.

Ainsi, pour l'exercice 2012-2013, constituant la dixième année de cette démarche, le MSSS confirmait en début d'année le maintien de la cible déficitaire régionale au même niveau qu'en 2010-2011, soit à 55,8 M$. Pour les établissements visés, il n'est plus question de respect de la cible déficitaire autorisée, mais de résultats en équilibre ou en surplus.

Au cours de l'exercice 2012-2013, le MSSS a confirmé le rehaussement récurrent de 43,5 M$ de la base budgétaire pour l'ensemble des établissements, à l'exception du CUSM. Cet établissement a reçu confirmation d'un financement additionnel non récurrent de 12,3 M$, inscrit en compte à recevoir à la fin de l'exercice. Ce revenu additionnel, en provenance du MSSS, s'est traduit par l'annulation de la cible déficitaire régionale.

Prise en charge du déficit d'exploitation cumulé au 1er avril 2008

En 2010-2011, le MSSS demandait aux établissements visés d'inscrire une subvention à recevoir à leurs rapports financiers pour la prise en charge du déficit d'exploitation cumulé par ceux-ci au 1er avril 2008. Les déficits considérés pour cette opération tiennent compte des écarts cumulés à la cible établie au 31 mars 2008 qui demeurent à la charge des établissements ainsi que des plans élaborés pour le remboursement de ces écarts. Ce financement s'effectue conformément aux décisions du Conseil du trésor quant à la programmation budgétaire 2009-2010 du MSSS. Pour la région, les déficits ainsi pris en charge totalisent 709 M$, dont 104 M$ ont été versés aux établissements le 29 mars 2011, créant un solde de subvention à recevoir au 31 mars 2011 de 605 M$. Aucun versement n'a été reçu au regard de cette subvention au cours de l'exercice 2012-2013 et le solde au 31 mars 2013 est identique à celui du 31 mars 2011. Les versements à venir seront en fonction des disponibilités de liquidité du gouvernement pour les exercices futurs.

Résultats financiers 2012-2013

Pour l'exercice 2012-2013, le déficit pour l'ensemble des établissements publics et privés conventionnés s'élève à 98,1 M$, soit 1 M$ pour 6 établissements privés conventionnés et 97,1 M$ pour 12 établissements publics, dont plus de 92 % du déficit est attribuable aux difficultés éprouvées par 3 établissements. Il s'agit du CUSM qui affiche un déficit de 72,5 M$, de l'Hôpital général juif SMBD, qui présente un déficit de 9,6 M$, et du CSSS de l'Ouest-de-l'Île qui, pour sa part, présente un déficit de 7,3 M$. Les autres établissements affichent un équilibre budgétaire ou un surplus. Il est à noter que tous les établissements présentant un déficit ont l'obligation de mettre en application des mesures de retour à l'équilibre afin de rembourser ces déficits.

Effets de la Loi 100 et des mesures d'optimisation

Le 11 juin 2010, dans le but de réduire le coût des activités de nature administrative, le gouvernement adoptait la *Loi mettant en œuvre certaines dispositions du discours sur le budget du 30 mars 2010 et visant le retour à l'équilibre budgétaire en 2013-2014 et la réduction de la dette* (la Loi 100). Du même coup, le gouvernement demandait d'appliquer les mesures suivantes dans le réseau de la santé et des services sociaux :

- remplacement d'un poste sur deux à la suite de départs à la retraite dans les activités de nature administrative;
- réduction de 25 % des dépenses de publicité, de formation et de déplacement sur la base des résultats 2009-2010.

En 2010-2011, les établissements ont subi une réduction de financement de 34,7 M$, dont 33,6 M$ pour les établissements publics et 1,1 M$ pour les établissements privés. En 2011-2012, la réduction de financement des établissements publics était de 16,7 M$, et celle des établissements privés de 1 M$. Finalement, pour l'exercice 2012-2013, la réduction de financement des établissements publics était de 18,7 M$ et celle des établissements privés de 0,6 M$ au regard de l'application de la Loi 100. Les réductions de financement cumulatives au terme de l'exercice 2012-2013 totalisaient donc 71,7 M$, dont 69 M$ pour les établissements publics et 2,7 M$ pour les établissements privés. Ces réductions de financement sont composées d'une cible de réduction des dépenses de nature administrative et de la non indexation du financement sur ces dépenses.

De plus, au cours des années 2011-2012 et 2012-2013, en plus de l'application de la Loi 100, le MSSS demandait aux établissements publics la mise en application de mesures d'optimisation diverses ayant pour effet de réduire les dépenses sans pour autant affecter les services à la population. Ces mesures étaient accompagnées de réductions de financement additionnelles pour les établissements publics de l'ordre de 24,3 M$ en 2011-2012 et de 60,2 M$ pour l'exercice 2012-2013, soit un effort cumulatif de 84,5 M$.

Tableau 17 : Sommaire de la situation financière des établissements 2012-2013

CATÉGORIES D'ÉTABLISSEMENT	NOMBRE	BUDGETS NETS	NOMBRE	SURPLUS	NOMBRE	(DÉFICITS)	SOLDES DE FONDS AU 31 MARS 2013
ÉTABLISSEMENTS PUBLICS							
CSSS	12	1 513 527 822 $	10	10 511 567 $	2	(7 352 348) $	(16 341 607) $
CHSGS publics	14	3 293 217 902 $	9	9 133 629 $	5	(88 677 514) $	(335 340 987) $
CHSLD publics	7	146 036 479 $	2	2 037 $	5	(1 072 086) $	(957 122) $
CRPDIPT publics	7	283 858 211 $	7	1 154 917 $	0	- $	3 699 569 $
CPEJ	2	299 446 171 $	2	5 198 881 $	0	- $	8 347 078 $
Sous-total établissements publics	42	**5 536 086 585 $**	**30**	**26 001 031 $**	**12**	**(97 101 948) $**	**(340 593 069) $**
ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS							
Autres privés	1	6 625 149 $	1	17 323 $	0	- $	219 452 $
CHSGS privés	3	56 867 002 $	3	931 598 $	0	- $	3 446 578 $
CHSLD privés conventionnés	19	188 145 728 $	15	3 716 849 $	4	(986 509) $	(508 405) $
CRPDIPT privés	3	21 158 306 $	3	165 825 $	0	- $	222 970 $
CPEJ privés	2	2 429 496 $	0	- $	2	(21 578) $	108 749 $
Sous-total établissements privés	28	**275 225 681 $**	**22**	**4 831 595 $**	**6**	**(1 008 087) $**	**3 489 344 $**
TOTAL 2012-2013	**70**	**5 811 312 266 $**	**52**	**30 832 626 $**	**18**	**(98 110 035) $**	**(337 103 725) $**
TOTAL 2011-2012 (note 1)	**71**	**5 640 903 112 $**	**52**	**38 697 313 $**	**19**	**(85 337 818) $**	**(261 625 963) $**
Variation	**-1**	**170 409 154 $**	**0**	**(7 864 687) $**	**-1**	**(12 772 217) $**	**(75 477 762) $**

Note 1 : Les chiffres de l'exercice financier 2011-2012 ont été redressés pour exclure les transferts interfonds et les rendre comparables à la présentation 2012-2013.

Tableau 18 : Évolution des résultats et du solde du fonds d'exploitation régional (Établissements publics et privés)

	SURPLUS	DÉFICITS	SOLDES DE FONDS
2006-2007	9,4 M$	(57,9) M$	(634,6) M$
2007-2008	12 M$	(54,5) M$	(698,3) M$
2008-2009	9,5 M$	(61,8) M$	(749,9) M$
2009-2010	5,8 M$	(57,8) M$	(827,5) M$
2010-2011*	6,8 M$	(61,7) M$	(178,2) M$
2011-2012**	38,7 M$	(85,3) M$	(261,6) M$
2012-2013	30,8 M$	(98,1) M$	(337,1) M$

*Note : Le MSSS a pris en charge, en mars 2011, les déficits cumulés par les établissements au 1er avril 2008, pour un total de 709 M$.

**Note : Les chiffres de l'exercice financier 2011-2012 ont été redressés pour exclure les transferts interfonds et les rendre comparables à la présentation 2012-2013.

Tableau 19 : Évolution des résultats et de la cible déficitaire régionale des établissements publics

	DÉFICITS	CIBLES DÉFICITAIRES	ÉCARTS
2006-2007	(55,5) M$	(55,8) M$	0,3 M$
2007-2008	(52,6) M$	(55,8) M$	3,2 M$
2008-2009*	(59,9) M$	(55,8) M$	(4,1) M$
2009-2010	(55,6) M$	(55,8) M$	0,2 M$
2010-2011	(60,3) M$	(43,1) M$	(17,2) M$
2011-2012**	(84,3) M$	(40,8) M$	(43,5) M$
2012-2013	(97,1) M$	0 M$	(97,1) M$

* Dépassement de la cible déficitaire régionale autorisée de 4,1 M$ dû à des redressements et à des modifications aux résultats en lien avec l'harmonisation des conventions comptables et à l'exercice de consolidation consécutifs aux recommandations du Vérificateur général du Québec.
**Les chiffres de l'exercice financier 2011-2012 ont été redressés pour exclure les transferts interfonds et les rendre comparables à la présentation 2012-2013.

Tableau 20 : Répartition des résultats et de la cible déficitaire par catégorie d'établissements publics

	DÉFICITS	CIBLES DÉFICITAIRES	ÉCARTS
CSSS	(7,4) M$	0 M$	(7,4) M$
CHSGS publics	(88,7) M$	0 M$	(88,7) M$
CHSLD publics	(1) M$	0 M$	(1) M$
CRPDIPT publics	0 M$	0 M$	0 M$
CPEJ publics	0 M$	0 M$	0 M$
TOTAL	**(97,1) M$**	**0 M$**	**(97,1) M$**

5.2 Les autorisations d'emprunt

Au 31 mars 2013, le total des autorisations d'emprunt des établissements publics en vigueur dans la région, au nombre de 87, s'élevait à 1 016,8 M$, soit 941 M$ en lien avec les dépenses de fonctionnement et 75,8 M$ pour les dépenses d'immobilisations. En comparant avec l'exercice 2011-2012, ceci représente une augmentation de 111,7 M$, soit 12,3 %.

La circulaire 2009-039, portant sur « La politique d'emprunt relié au fonds d'exploitation et engagements financiers » émise le 20 novembre 2009, vient préciser les contrôles applicables à l'émission des autorisations d'emprunt relié au fonds d'exploitation et aux engagements financiers. La politique énoncée dans cette circulaire précise les catégories d'emprunt admissibles, spécifie les documents à produire et les modalités relatives au traitement des demandes d'autorisations d'emprunt ainsi que les limites et les échéances s'y rapportant. Les autorisations d'emprunt sont émises par le MSSS, à la suite des analyses et recommandations de l'Agence.

Le niveau des autorisations d'emprunt pour les dépenses de fonctionnement a atteint 941 M$ au 31 mars 2013, soit une hausse de 106 M$ par rapport à l'exercice 2011-2012. Ces autorisations d'emprunt financent en partie les déficits accumulés de certains établissements au 31 mars 2013, la portion non remboursée des soldes déficitaires accumulés au 1er avril 2008, les comptes à recevoir par les établissements, dont ceux se rapportant au programme d'accès à la chirurgie, aux délais de perception des comptes à recevoir de tiers responsables (TPS, TVQ, CSST, SAAQ, etc.) ainsi que les traitements différés des employés.

Le taux d'intérêt applicable aux emprunts ne doit pas excéder :

- le taux des acceptations bancaires canadiennes apparaissant à la page CDOR du système Reuters à la date de l'emprunt majoré de 0,3 % incluant tous les frais.
- le taux préférentiel pour un découvert bancaire ou toute autre facilité de crédit pouvant servir à financer un découvert bancaire consenti par une institution financière pour une durée maximale de cinq jours ouvrables.

En ce qui a trait aux emprunts contractés pour le paiement de dépenses d'immobilisations à la charge du fonds d'exploitation, ils sont répartis en deux groupes : ceux dont le financement est assuré par les économies d'énergie et ceux financés par d'autres économies du budget de fonctionnement de l'établissement. Ces types d'emprunt doivent décroître conformément au calendrier de remboursement prévu dans le montage financier soutenant l'autofinancement des projets.

Dans le premier cas, les programmes d'autorisations d'emprunt pour les projets autofinancés par les économies d'énergie sont toujours en demande par les établissements et plusieurs projets ont été soumis au cours des dernières années. Nous avons observé toutefois une diminution dans ce type de demandes d'emprunt de la part des établissements. Pour l'exercice 2012-2013, des projets ont été autorisés par le MSSS et ont nécessité ou nécessiteront des autorisations d'emprunt. L'Agence et les établissements continuent de travailler de concert afin de présenter d'autres projets qui permettront de réaliser des économies substantielles au cours des prochaines années. Ces projets sont régis par la circulaire sur la politique d'emprunt et des cadres de gestion, lesquels expliquent les critères d'admissibilité ainsi que les démarches et obligations des divers partenaires (MSSS – Agence – Établissement).

Quant aux autres projets autofinancés, le MSSS décrit dans la circulaire 2009-039 les limites s'y rapportant au-delà desquelles une demande d'autorisation doit être déposée auprès du ministère des Finances et/ou du MSSS, ce qui a été fait par l'Agence lorsque cela était requis. Le MSSS a fixé, dans son cadre de gestion, le plafond régional limitant le niveau d'autorisation d'emprunt pour ce type de projet. La région de Montréal dispose d'un plafond régional de 25,7 M$, lequel a été respecté tout au long de l'exercice.

Le solde d'amortissement pour l'ensemble des emprunts pour les dépenses d'immobilisations financées par le fonds d'exploitation a diminué de 5,3 M$ en comparaison à 2011-2012 et s'élevait au 31 mars 2013 à 43,2 M$. Cette diminution s'explique par l'amortissement des emprunts, la réduction ou l'annulation des montants d'emprunt à la suite de la révision à la baisse des coûts réels des projets autofinancés. D'autre part, le niveau des emprunts autorisés a, quant à lui, augmenté de 5,6 M$, passant de 70,1 M$ à 75,7 M$. L'écart entre le niveau des emprunts autorisés et le niveau des emprunts réels s'explique par le fait que plusieurs projets d'économie d'énergie déjà autorisés par l'Agence et le MSSS sont en cours de réalisation. Dans les faits, il peut s'écouler entre 12 et 24 mois entre le début et la fin de la réalisation d'un projet. À la fin de la réalisation du projet, l'établissement procédera à l'activation de l'emprunt qu'il remboursera à même ses économies d'énergie réalisées sur la période d'amortissement prévue.

Tableau 21 : Sommaire des autorisations d'emprunt au 31 mars 2013

BUDGET BRUT DE FONCTIONNEMENT DE TOUS LES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE LA RÉGION DE MONTRÉAL							5 885 737 759 $
	DÉPENSES DE FONCTIONNEMENT			DÉPENSES D'IMMOBILISATIONS			
	FONCTIONNEMENT			PROJETS AUTOFINANCÉS-SOLDE D'AMORTISSEMENT			
ÉTABLISSEMENTS PUBLICS	AUTORISÉES	RÉELLES	% PAR RAPPORT AU BUDGET BRUT RÉGIONAL	AUTORISÉES	RÉELLES	% PAR RAPPORT AU BUDGET BRUT RÉGIONAL	TOTAUX RÉELS
CSSS (20 autorisations)	23 700 000 $	21 421 545 $	0,36 %	18 885 221 $	14 020 627 $	0,24 %	35 442 172 $
CHSGS (64 autorisations)	917 336 950 $	829 962 320 $	14,1 %	56 166 387 $	28 499 984 $	0,48 %	858 462 304 $
CHSLD (3 autorisations)	- $	- $	0 %	667 794 $	667 794 $	0,01 %	667 794 $
SOMMAIRE RÉGIONAL 2012-2013 87 autorisations	**941 036 950 $**	**851 383 865 $**	**14,47 %**	**75 719 402 $**	**43 188 405 $**	**0,73 %**	**894 572 270 $**
SOMMAIRE RÉGIONAL 2011-2012 83 autorisations	**835 002 550 $**	**756 437 550 $**	**13,22 %**	**70 073 089 $**	**48 474 601 $**	**0,85 %**	**804 912 151 $**
Augmentation (Diminution)	**106 034 400 $**	**94 946 315 $**	**1,25 %**	**5 646 313 $**	**(5 286 196) $**	**-0,11 %**	**89 660 119 $**

Tableau 22 : État détaillé des autorisations d'emprunt au 31 mars 2013 – CSSS

		DÉPENSES DE FONCTIONNEMENT			DÉPENSES D'IMMOBILISATIONS		
		FONCTIONNEMENT			PROJETS AUTOFINANCÉS-SOLDE D'AMORTISSEMENT		
ÉTABLISSEMENTS	BUDGETS BRUTS AU 31 MARS 2013	AUTORISÉES	RÉELLES	% PAR RAPPORT AU BUDGET BRUT	AUTORISÉES	RÉELLES	% PAR RAPPORT AU BUDGET BRUT
CSSS de l'Ouest-de-l'Île	145 165 784 $	23 700 000 $	21 421 545 $	14,8 %	2 696 644 $	2 696 644 $	1,9 %
CSSS Dorval-Lachine-LaSalle	145 001 630 $	- $	- $	0 %	1 847 032 $	- $	0 %
CSSS du Sud-Ouest-Verdun	237 743 112 $	- $	- $	0 %	1 454 353 $	1 454 353 $	0,6 %
CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent	135 589 534 $	- $	- $	0 %	3 731 019 $	1 169 727 $	0,9 %
CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord	161 630 438 $	- $	- $	0 %	2 364 249 $	2 364 249 $	1,5 %
CSSS du Cœur-de-l'Île	135 893 713 $	- $	- $	0 %	697 574 $	697 574 $	0,5 %
CSSS Lucille-Teasdale	163 677 455 $	- $	- $	0 %	3 291 423 $	3 291 423 $	2,0 %
CSSS de la Pointe-de-l'Île	99 618 601 $	- $	- $	0 %	2 802 927 $	2 346 657 $	2,4 %
TOTAL CSSS	**1 224 320 267 $**	**23 700 000 $**	**21 421 545 $**	**1,7%**	**18 885 221 $**	**14 020 627 $**	**1,1%**
Autorisations au 31 mars 2013		3			17		

Tableau 23 : État détaillé des autorisations d'emprunt au 31 mars 2013 – CHSGS publics

		DÉPENSES DE FONCTIONNEMENT			DÉPENSES D'IMMOBILISATIONS		
		FONCTIONNEMENT			PROJETS AUTOFINANCÉS-SOLDE D'AMORTISSEMENT		
ÉTABLISSEMENTS	BUDGETS BRUTS AU 31 MARS 2013	AUTORISÉES	RÉELLES	% PAR RAPPORT AU BUDGET BRUT	AUTORISÉES	RÉELLES	% PAR RAPPORT AU BUDGET BRUT
Institut universitaire en santé mentale de Montréal	171 996 120 $	- $	- $	0 %	5 083 221 $	- $	0 %
CHUM	665 128 114 $	162 000 000 $	130 000 000 $	19,5 %	14 526 338 $	- $	0 %
Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal	37 440 132 $	1 100 000 $	1 100 000 $	2,9 %	- $	- $	0 %
Hôpital Santa Cabrini	107 370 821 $	41 325 000 $	40 150 000 $	37,4 %	2 677 896 $	2 588 061 $	2,4 %
Institut de Cardiologie Montréal	132 493 589 $	19 400 000 $	15 900 370 $	12 %	3 435 998 $	3 435 998 $	2,6 %
Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal	280 013 556 $	93 000 000 $	93 000 000 $	33,2 %	2 381 114 $	2 381 114 $	0,9 %
CUSM	756 416 539 $	278 611 950 $	278 611 950 $	36,8 %	9 990 990 $	9 990 990 $	1,3 %
Hôpital Général Juif S.M.B.D.	313 702 491 $	101 500 000 $	88 100 000 $	28,1 %	4 762 363 $	523 656 $	0,2 %
CHU Ste-Justine	290 749 670 $	65 500 000 $	43 000 000 $	14,8 %	5 884 672 $	5 884 672 $	2,0 %
Centre hospitalier de St. Mary	121 473 719 $	41 900 000 $	41 900 000 $	34,5 %	- $	- $	0 %
Institut Philippe-Pinel de Montréal	55 310 249 $	18 000 000 $	15 500 000 $	28 %	766 788 $	766 788 $	1,4 %
Hôpital Rivière-des-Prairies	46 054 113 $	- $	- $	0 %	809 524 $	809 524 $	1,8 %
Hôpital Maisonneuve-Rosemont	350 527 132 $	95 000 000 $	82 700 000 $	23,6 %	4 371 577 $	643 275 $	0,2 %
Institut universitaire en santé mentale Douglas	99 982 837 $	- $	- $	0 %	1 475 906 $	1 475 906 $	1,5 %
TOTAL CHSGS	**3 428 659 082 $**	**917 336 950 $**	**829 962 320 $**	**24,2 %**	**56 166 387 $**	**28 499 984 $**	**0,8 %**
Autorisations au 31 mars 2013		33			31		

Tableau 24 : État détaillé des autorisations d'emprunt au 31 mars 2013 – CHSLD publics

		DÉPENSES DE FONCTIONNEMENT			DÉPENSES D'IMMOBILISATIONS		
		FONCTIONNEMENT			PROJETS AUTOFINANCÉS-SOLDE D'AMORTISSEMENT		
ÉTABLISSEMENTS	BUDGET BRUT AU 31 MARS 2013	AUTORISÉES	RÉELLES	% PAR RAPPORT AU BUDGET BRUT	AUTORISÉES	RÉELLES	% PAR RAPPORT AU BUDGET BRUT
L'Hôpital Chinois de Montréal	9 892 093 $	- $	- $	0,0%	315 142 $	315 142 $	3,2%
Institut universitaire de gériatrie de Montréal	48 356 145 $	- $	- $	0,0%	352 652 $	352 652 $	0,7%
TOTAL CHSLD	**58 248 238 $**	**- $**	**- $**	**0,0%**	**667 794 $**	**667 794 $**	**1,1%**
Autorisations au 31 mars 2013		-			3		

Tableau 25 : Situation financière détaillée des établissements de Montréal

ÉTABLISSEMENTS	EXERCICE 2011-2012 * BUDGETS NETS	SURPLUS (DÉFICITS)	CIBLES DÉFICITAIRES AUTORISÉES	ÉCARTS	SOLDES DE FONDS AU 31 MARS 2012	EXERCICE 2012-2013 BUDGETS NETS	SURPLUS (DÉFICITS)	CIBLES DÉFICITAIRES AUTORISÉES	ÉCARTS	SOLDES DE FONDS AU 31 MARS 2013
CSSS										
CSSS de l'Ouest-de-l'Île	134 944 101	(966 858)	-	(966 858)	(13 511 757)	139 239 790	(7 255 701)	-	(7 255 701)	(21 604 914)
CSSS Dorval-Lachine-LaSalle	128 096 810	414 120	-	414 120	(467 041)	130 728 084	440 825	-	440 825	(428 267)
CSSS Sud-Ouest-Verdun	212 952 408	1 408 817	-	1 408 817	(641 325)	218 221 831	725 143	-	725 143	(626 422)
CSSS Cavendish	84 940 993	82 927	-	82 927	290 482	84 226 362	-	-	-	290 482
CSSS de la Montagne	83 097 782	203 016	-	203 016	(28 554)	88 077 635	626 386	-	626 386	597 832
CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent	117 895 337	2 397 769	-	2 397 769	2 368 681	119 295 555	333	-	333	1 814 161
CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord	145 581 910	591 508	-	591 508	(651 848)	146 670 704	548 981	-	548 981	(706 759)
CSSS du Cœur-de-l'Île	128 958 941	1 983 990	-	1 983 990	(775 131)	28 998 825	1 212 032	-	1 212 032	(774 806)
CSSS Jeanne-Mance	150 476 123	5 967 701	-	5 967 701	3 108 952	151 768 821	3 989 776	-	3 989 776	5 667 814
CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel	69 130 563	85 440	-	85 440	112 521	72 130 208	(96 647)	-	(96 647)	15 874
CSSS Lucille-Teasdale	142 137 402	2 449 270	-	2 449 270	(345 456)	144 429 803	2 736 882	-	2 736 882	(318 035)
CSSS de la Pointe-de-l'Île	87 895 206	309 498	-	309 498	(310 329)	89 740 204	231 209	-	231 209	(268 567)
SOUS-TOTAL CSSS	**1 475 761 375**	**14 927 198**	**-**	**14 927 198**	**(10 806 311)**	**1 513 527 822**	**3 159 219**	**-**	**3 159 219**	**(16 341 607)**
CHSGS PUBLICS										
Institut universitaire en santé mentale de Montréal	143 333 940	1 366 645	-	1 366 645	1 051 684	156 413 861	1 947 354	-	1 947 354	410 556
CHUM	638 919 827	(71 535)	(1 487 794)	1 416 259	(46 552 288)	647 989 042	241 552	-	241 552	(30 817 809)
Hôpital Catherine Booth de l'Armée du Salut [1]	9 763 842	340	-	340	(44 494)					
Hôpital Santa Cabrini	102 411 487	(5 090 381)	(2 000 000)	(3 090 381)	(10 983 359)	102 757 305	415 909	-	415 909	(10 983 359)
Institut de cardiologie Montréal	124 034 554	(3 249 444)	(1 800 000)	(1 449 444)	(5 504 575)	129 555 556	341 285	-	341 285	(5 163 291)
Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal	275 561 557	(5 349 419)	(5 000 000)	(349 419)	(33 170 562)	268 104 583	1 267 240	-	1 267 240	(33 189 825)
Institut de réadaptation Gingras-Lindsay -de-Montréal	30 463 549	156 039	-	156 039	12 986	30 842 603	(299 424)	-	(299 424)	(141 299)
CUSM	696 426 214	(29 547 311)	(12 300 000)	(17 247 311)	(66 791 426)	726 990 587	(72 512 652)	-	(72 512 652)	(143 961 563)
L'Hôpital général Juif S.M.B.D.	281 567 580	(24 475 697)	(6 000 000)	(18 475 697)	(41 340 678)	303 842 105	(9 579 360)	-	(9 579 360)	(51 156 204)

ÉTABLISSEMENTS	EXERCICE 2011-2012 * BUDGETS NETS	SURPLUS (DÉFICITS)	CIBLES DÉFICITAIRES AUTORISÉES	ÉCARTS	SOLDES DE FONDS AU 31 MARS 2012	EXERCICE 2012-2013 BUDGETS NETS	SURPLUS (DÉFICITS)	CIBLES DÉFICITAIRES AUTORISÉES	ÉCARTS	SOLDES DE FONDS AU 31 MARS 2013
CHU Sainte-Justine	266 073 591	51 073	-	51 073	(9 042 510)	282 187 101	1 373 405	-	1 373 405	(8 136 255)
Centre hospitalier de St. Mary	109 953 565	(8 245 027)	(2 700 000)	(5 545 027)	(16 058 911)	117 074 072	(4 666 287)	-	(4 666 287)	(20 725 198)
Institut Philippe-Pinel Montréal	47 378 066	(1 633 644)	(1 870 803)	237 159	(6 776 843)	49 479 477	315 668	-	315 668	(6 684 697)
Hôpital Rivière-des-Prairies	44 833 526	827	-	827	999 902	45 536 238	784 808	-	784 808	1 004 712
Hôpital Maisonneuve-Rosemont	326 681 739	(5 591 338)	(7 600 000)	2 008 662	(26 869 542)	341 588 345	(1 619 791)	-	(1 619 791)	(28 639 538)
Institut universitaire en santé mentale Douglas	86 514 204	2 337 002	-	2 337 002	1 243 826	90 857 027	2 446 408	-	2 446 408	2 842 783
SOUS-TOTAL CHSGS PUBLICS	**3 184 499 600**	**(79 341 870)**	**(40 758 597)**	**(38 583 273)**	**(259 826 790)**	**3 293 217 902**	**(79 543 885)**	**-**	**(79 543 885)**	**(335 340 987)**
CHSLD PUBLICS										
Centre de soins prolongés Grace Dart	25 795 571	4 639	-	4 639	119 288	25 761 166	(85 023)	-	(85 023)	34 265
Institut Canadien-Polonais du Bien-Être	5 820 587	53 993	-	53 993	359 496	5 895 223	1 857	-	1 857	361 353
L'Hôpital Chinois de Montréal	8 348 672	(29 827)	-	(29 827)	459 129	8 370 470	(102 803)	-	(102 803)	356 326
Centre de réadaptation gériatrique Maimonides	30 185 575	554	-	554	(881 064)	31 251 316	(137 504)	-	(137 504)	(1 018 568)
Hôpital Mont-Sinaï	10 808 580	-	-	-	(158 665)	10 838 282	180	-	180	(158 485)
CHSLD juif de Montréal	21 538 391	630	-	630	(24 061)	21 825 538	(647 056)	-	(647 056)	(671 747)
Institut universitaire de gériatrie de Montréal	41 594 747	12 428	-	12 428	319 060	42 094 484	(99 700)	-	(99 700)	139 734
SOUS-TOTAL CHSLD PUBLICS	**144 092 123**	**42 417**	**-**	**42 417**	**193 183**	**146 036 479**	**(1 070 049)**	**-**	**(1 070 049)**	**(957 122)**
CRPDIPT PUBLICS										
Le Centre Dollard-Cormier	21 691 723	495 746	-	495 746	521 069	22 224 293	349 482	-	349 482	737 825
CRDITED de Montréal	145 703 283	82 605	-	82 605	998 149	149 327 319	40 314	-	40 314	920 425
Centre de réadaptation Constance-Lethbrige	9 381 039	1 035 398	-	1 035 398	1 780 230	9 555 158	138 894	-	138 894	818 364
Centre Miriam	25 006 669	502 805	-	502 805	133 728	25 154 690	398	-	398	134 126
Institut Raymond-Dewar	14 053 970	142 060	-	142 060	246 401	14 002 350	1 723	-	1 723	248 124
Centre de réadaptation de l'Ouest de Montréal	38 455 105	77 585	-	77 585	129 018	40 867 930	73 539	-	73 539	154 834
Centre de réadaptation Lucie-Bruneau	23 484 866	1 222 439	-	1 222 439	191 892	2 726 471	550 567	-	550 567	685 871
SOUS-TOTAL CRPDIPT PUBLICS	**277 776 655**	**3 558 638**	**-**	**3 558 638**	**4 000 487**	**283 858 211**	**1 154 917**	**-**	**1 154 917**	**3 699 569**

	EXERCICE 2011-2012 *					EXERCICE 2012-2013				
ÉTABLISSEMENTS	BUDGETS NETS	SURPLUS (DÉFICITS)	CIBLES DÉFICITAIRES AUTORISÉES	ÉCARTS	SOLDES DE FONDS AU 31 MARS 2012	BUDGETS NETS	SURPLUS (DÉFICITS)	CIBLES DÉFICITAIRES AUTORISÉES	ÉCARTS	SOLDES DE FONDS AU 31 MARS 2013
CPEJ										
Centre jeunesse de Montréal	213 781 983	6 382 266	-	6 382 266	761 019	221 110 833	2 336 184	-	2 336 184	1 067 709
Les Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw	75 461 599	4 201 460	-	4 201 460	4 725 984	78 335 338	2 862 697	-	2 862 697	7 279 369
SOUS-TOTAL CPEJ	**289 243 582**	**10 583 726**	**-**	**10 583 726**	**5 487 003**	**299 446 171**	**5 198 881**	**-**	**5 198 881**	**8 347 078**
SOUS-TOTAL ÉTABLISSEMENTS PUBLICS	**5 371 373 335**	**(50 229 891)**	**(40 758 597)**	**(9 471 294)**	**(260 952 428)**	**5 536 086 585**	**(71 100 917)**	**-**	**(71 100 917)**	**(340 593 069)**
AUTRES										
Clinique communautaire de Pointe Saint-Charles	6 472 332	66 820	-	66 820	137 713	6 625 149	17 323	-	17 323	219 452
SOUS-TOTAL AUTRES	**6 472 332**	**66 820**	**-**	**66 820**	**137 713**	**6 625 149**	**17 323**	**-**	**17 323**	**219 452**
CHSGS PRIVÉS										
Hôpital Marie-Clarac	25 671 587	355 664	-	355 664	-	25 457 451	50 837	-	50 837	835 471
Hôpital Shriners pour enfants	5 820 281	-	-	-	-	6 039 813	-	-	-	-
Villa Médica	24 842 655	803 250	-	803 250	1 730 346	25 369 738	880 761	-	880 761	2 611 107
SOUS-TOTAL CHSGS PRIVÉS	**56 334 523**	**1 158 914**	**-**	**1 158 914**	**1 730 346**	**56 867 002**	**931 598**	**-**	**931 598**	**3 446 578**
CHSLD PRIVÉS CONVENTIONNÉS										
Centre le Cardinal	10 940 784	(49 099)	-	(49 099)	(480 844)	11 390 569	66 290	-	66 290	(518 669)
CHSLD Providence N.-D. de Lourdes	12 125 883	102 500	-	102 500	514 225	12 433 469	504 579	-	504 579	1 018 804
Résidence Angélica	21 943 252	771 261	-	771 261	(2 444 368)	22 541 953	767 050	-	767 050	(1 288 694)
CHSLD Bayview	8 856 367	11 081	-	11 081	1 132 327	9 037 670	18 347	-	18 347	1 150 674
Résidence Berthiaume DuTremblay	15 067 175	420 648	-	420 648	(723 700)	15 489 143	161 727	-	161 727	(766 984)
CHSLD Marie-Claret	5 018 562	157 619	-	157 619	77 392	5 133 360	41 434	-	41 434	13 289
Les Cèdres-C.A. pour personnes âgées	1 672 222	(108 495)	-	(108 495)	-	1 892 659	(86 053)	-	(86 053)	(282 712)
Ma Maison Saint-Joseph	5 169 143	(76 558)	-	(76 558)	(2 014 786)	5 664 667	926	-	926	(2 013 860)
Centre d'hébergement St-Vincent-Marie	4 783 793	17 536	-	17 536	644 429	4 883 413	(115 988)	-	(115 988)	528 441
CHSLD Gouin	4 993 012	(385 277)	-	(385 277)	(65 794)	5 106 925	(407 888)	-	(407 888)	(473 682)
CHSLD Bourget	7 612 504	304 261	-	304 261	(925 914)	6 869 678	201 196	-	201 196	(348 496)
CHSLD Bussey (Québec)	2 632 130	170 297	-	170 297	559 672	2 707 852	105 648	-	105 648	619 943

ÉTABLISSEMENTS	EXERCICE 2011-2012 * BUDGETS NETS	SURPLUS (DÉFICITS)	CIBLES DÉFICITAIRES AUTORISÉES	ÉCARTS	SOLDES DE FONDS AU 31 MARS 2012	EXERCICE 2012-2013 BUDGETS NETS	SURPLUS (DÉFICITS)	CIBLES DÉFICITAIRES AUTORISÉES	ÉCARTS	SOLDES DE FONDS AU 31 MARS 2013
Centre d'accueil Le Royer	6 450 488	(345 318)	-	(345 318)	-	6 597 187	(376 580)	-	(376 580)	-
Vigi Santé (Reine-Elizabeth)	10 129 374	402 933	-	402 933	409 479	10 396 824	391 846	-	391 846	396 325
Centre d'hébergement St-Georges	18 203 336	383 487	-	383 487	-	18 716 705	393 562	-	393 562	-
Vigi Santé (CHSLD Vigi Dollard-des-Ormeaux)	10 765 016	(36 435)	-	(36 435)	(1 409 966)	10 978 280	96 445	-	96 445	(1 427 673)
Vigi Santé (CHSLD Vigi Pierrefonds)	4 492 379	(3 602)	-	(3 602)	(253 212)	4 596 229	14 281	-	14 281	(286 137)
Centre d'hébergement Champlain Marie-Victorin	17 397 502	523 541	-	523 541	6 638 029	17 925 533	753 931	-	753 931	7 391 960
Vigi Santé (CHSLD Mont-Royal)	15 354 081	(82 553)	-	(82 553)	(4 239 618)	15 783 612	199 587	-	199 587	(4 220 934)
SOUS-TOTAL CHSLD PRIVÉS CONVENTIONNÉS	**183 607 003**	**2 177 827**	**-**	**2 177 827**	**(2 582 649)**	**188 145 728**	**2 730 340**	**-**	**2 730 340**	**(508 405)**
CRPDIPT PRIVÉ										
Centre d'accueil le programme de Portage inc.	7 552 045	171 117	-	171 117	138 694	7 758 351	5 522	-	5 522	144 216
Centre de réadaptation MAB-Mackay	12 803 359	-	-	-	(125 640)	13 025 959	125 640	-	125 640	-
Atelier Le fil d'Ariane	373 229	4 201	-	4 201	-	373 996	34 663	-	34 663	78 754
SOUS-TOTAL CRPDIPT PRIVÉ	**20 728 633**	**175 318**	**-**	**175 318**	**13 054**	**21 158 306**	**165 825**	**-**	**165 825**	**222 970**
CPEJ PRIVÉS										
Maison Elizabeth	1 335 449	20	-	20	-	1 359 978	(15 040)	-	(15 040)	87 286
Hâvre-Jeunesse	1 051 837	10 487	-	10 487	28 001	1 069 518	(6 538)	-	(6 538)	21 463
SOUS-TOTAL CPEJ	**2 387 286**	**10 507**	**-**	**10 507**	**28 001**	**2 429 496**	**(21 578)**	**-**	**(21 578)**	**108 749**
SOUS-TOTAL DES ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS	**269 529 777**	**3 589 386**	**-**	**3 589 386**	**(673 535)**	**275 225 681**	**3 823 508**	**-**	**3 823 508**	**3 489 344**
GRAND TOTAL DES ÉTABLISSEMENTS	**5 640 903 112**	**(46 640 505)**	**(40 758 597)**	**(5 881 908)**	**(261 625 963)**	**5 811 312 266**	**(67 277 409)**	**-**	**(67 277 409)**	**(337 103 725)**

1. L'Hôpital Catherine Booth de l'Armée du Salut a été intégré au CSSS Cavendish au cours de l'exercice 2012-2013.

* Les chiffres de l'exercice financier 2011-2012 ont été redressés pour exclure les transferts interfonds et les rendre comparables à la présentation 2012-2013.

5.3 Les activités communautaires

Le tableau 27 présente l'ensemble des montants versés par l'Agence de Montréal à des organismes de la région montréalaise. Les catégories dans ce tableau sont celles reconnues par le Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC). Cependant, les montants présentés ne correspondent pas exclusivement à ce programme, mais à toutes les subventions versées par l'Agence de Montréal. Les organismes non admis au PSOC sont présentés dans la section « autres organismes ».

En 2012-2013, l'Agence de Montréal a versé 120 850 823 $ à 648 organismes, tous programmes confondus, dont 100 855 312 $ dans le cadre du PSOC versés à 524 organismes. Par ailleurs, l'enveloppe régionale globale du PSOC, incluant les fonds non répartis[2], s'élevait à 101 110 299 $ en 2012-2013, comparativement à 97 263 548 $ en 2011-2012, ce qui représente une augmentation de 3 846 751 $. Cette variation est expliquée au tableau 26.

Tableau 26 : État détaillé de la variation des crédits

2 309 383 $ récurrents	Indexation au taux de 2,4 % de l'enveloppe budgétaire en 2012-2013 du PSOC, en provenance du MSSS
133 954 $ récurrents	Transfert au 1er avril 2012 au PSOC mission globale, des crédits alloués en entente hors PSOC
100 000 $ non récurrents	Entente 2012-2013 - troubles envahissants du développement (ATEDM)
70 000 $ non récurrents	Entente 2012-2013 - santé mentale (Action autonomie)
1 000 000 $ récurrents	Ajout de crédits 2012-2013 - *Plan d'action interministériel en itinérance 2010-2013, en provenance du MSSS*, alloués aux trois refuges de Montréal - maisons d'hébergement pour hommes en difficulté
302 484 $ récurrents	Budgets de développements 2012-2013 - Déficience physique, intellectuelle et troubles envahissants de développement (DP-DITED)
24 677 $ récurrents	Ajout de crédits 2012-2013 pour le soutien communautaire en logement social (DP-DITED)
30 000 $ récurrents	Mesure 34 du *Plan d'action gouvernemental 2012-2017 en matière de violence conjugale*, dossier aide aux hommes ayant des comportements violents - autres ressources pour hommes
45 000 $ non récurrents	IDEM - Mesure 34
640 655 $ non récurrents	Ajout de crédits 2012-2013 - personnes démunies
30 000 $ récurrents	Mesures 68 et 69 (services aux agresseurs sexuels) *du Plan d'action en matière d'agression sexuelle 2008-2013* - autres ressources pour hommes
88 134 $ non récurrents	Ajout de crédits 2012-2013 du *Secrétariat aux affaires autochtones (SAA)* pour assurer l'offre de services d'hébergement d'urgence offerte à la clientèle autochtone en situation d'itinérance
241 936 $ non récurrents	Fonds d'urgence non récurrent 2012-2013
3 758 $ récurrents	Réajustement enveloppe projet ponctuel 2012-2013
(170 000 $) non récurrents	Déduction des ententes non récurrentes 2011-2012 (ATEDM et Action autonomie)
(351 984 $) non récurrents	Déduction du fonds d'urgence et soutien en logement transitoire versés non récurrents en 2011-2012
(640 655 $) non récurrents	Déduction des crédits 2011-2012 versés non récurrents en personnes démunies, dossier sécurité alimentaire
(10 591 $) non récurrents	Organisme transféré au MFA le 1er avril 2012

[2] Fonds non répartis : suspension et fermeture d'organismes en cours d'année.

Tableau 27 : Détail des subventions octroyées aux organismes

	SUBVENTIONS 2010-2011	SUBVENTIONS 2011-2012	SUBVENTIONS 2012-2013	NB ORGANISMES FINANCÉS EN 2012-2013
Alcoolisme, toxicomanies et autres dépendances				
Approche sécurisante des polytoxicomanes anonymes A.S.P.A.	64 656 $	40 608 $	41 583 $	
Centre d'orientation et de prévention d'alcoolisme et de toxicomanie pour les Latino-Américains (COPATLA)	32 883 $	39 361 $	34 480 $	
Escale Notre-Dame inc. (L')	123 045 $	125 998 $	129 022 $	
Grand chemin inc. (Le)	500 915 $	524 446 $	549 980 $	
Grip Montréal	30 722 $	31 459 $	32 214 $	
Groupe communautaire L'itinéraire (Le)	29 359 $	43 656 $	66 637 $	
Groupe Harmonie	109 538 $	112 167 $	114 859 $	
Logis Phare	24 980 $	31 760 $	30 112 $	
Maison de réhabilitation L'exode inc.	118 361 $	121 202 $	316 113 $	
Maison du Pharillon (La) (organisme transféré de la catégorie maisons d'hébergement communautaire jeunesse)	-	-	131 727 $	
Maison Jean Lapointe inc. (La)	1 199 634 $	1 228 073 $	1 257 020 $	
Méta d'âme	108 675 $	128 183 $	113 954 $	
Nouvelle approche humanitaire d'apprentissage	31 245 $	61 675 $	32 763 $	
Projet de prévention des toxicomanies : Cumulus	53 061 $	54 335 $	55 639 $	
Projet T.R.I.P.	102 677 $	105 141 $	107 664 $	
TOTAL	**2 529 751 $**	**2 648 064 $**	**3 013 767 $**	**15**
Assistance et accompagnement / Centres téléphoniques				
Centre de référence du Grand Montréal	476 662 $	480 086 $	495 092 $	
TOTAL	**476 662 $**	**480 086 $**	**495 092 $**	**1**
Autres ressources jeunesse				
À deux mains inc.	122 602 $	143 132 $	128 558 $	
Action Jeunesse de l'Ouest de l'Ile	-	21 653 $	38 364 $	
Alliance socioculturelle et aide pédagogique (ASAP)	10 343 $	10 591 $	10 845 $	
Association des jeunes de la Petite Bourgogne	61 300 $	62 771 $	64 277 $	
Association Les chemins du soleil inc.	10 343 $	10 591 $	10 845 $	
Association musicale de JS. (AMJ)	10 343 $	10 591 $	10 845 $	
Associés bénévoles qualifiés au service des jeunes A.B.S.J. inc. (Les)	73 082 $	74 836 $	76 632 $	
Autre escale, centre d'intervention pour les enfants exposés à la violence conjugale (L')	10 343 $	10 591 $	10 845 $	
Bon Dieu dans la rue, Organisation pour jeunes adultes (Le)	48 537 $	49 702 $	50 895 $	
Bureau de consultation-jeunesse inc. (Le)	164 494 $	175 853 $	174 714 $	
Carrefour communautaire de Rosemont, L'entre-gens inc.	155 511 $	159 243 $	163 065 $	
Carrefour des 6-12 ans de Pierrefonds-Est inc.	38 194 $	39 111 $	40 050 $	
Centre communautaire Tyndale St-Georges	44 976 $	46 032 $	47 113 $	
Centre de prévention des agressions de Montréal	151 723 $	163 506 $	158 607 $	
Centre des jeunes Boyce-Viau	61 300 $	62 771 $	64 277 $	
Centre des jeunes l'Escale de Montréal-Nord inc.	28 594 $	34 980 $	29 983 $	
Centre des jeunes Saint-Sulpice	61 300 $	62 771 $	64 278 $	
Centre d'initiatives pour le développement communautaire, L'unité	28 594 $	29 280 $	29 983 $	
Centre d'union multiculturelle et artistique des jeunes de Montréal (CUMAJ)	36 252 $	37 122 $	38 013 $	
Centre Le beau voyage inc. (Le)	208 060 $	213 054 $	218 167 $	
Club intergénération La Petite Patrie	49 737 $	50 931 $	52 153 $	
Comité de vie de quartier Duff-Court (COVIQ)	60 009 $	61 449 $	62 924 $	
Coup de pouce jeunesse de Montréal-Nord inc.	61 300 $	62 771 $	64 278 $	
Dîners St-Louis (ancien nom : Dîners-Rencontres St-Louis-de-Gonzague)	291 455 $	350 046 $	386 678 $	
Association des juristes progressistes (ancien nom : Droit de cité)	20 000 $	-	-	
D-Trois-Pierres	31 646 $	32 406 $	33 184 $	
Entraide bénévole Kouzin Kouzin' de Montréal-Métropolitain	29 535 $	30 244 $	30 970 $	
Équipe R.D.P.	10 343 $	10 591 $	-	
GCC la violence	70 346 $	72 034 $	73 763 $	

	SUBVENTIONS 2010-2011	SUBVENTIONS 2011-2012	SUBVENTIONS 2012-2013	NB ORGANISMES FINANCÉS EN 2012-2013
Grands frères et grandes sœurs du Grand Montréal	29 333 $	30 037 $	30 685 $	
Grands frères et les grandes sœurs de l'Ouest de l'Île (Les)	29 264 $	29 966 $	30 758 $	
Groupe paradoxe	29 602 $	30 313 $	31 040 $	
Institut Pacifique	226 814 $	232 258 $	237 832 $	
Journal de la rue (Le)	10 343 $	49 741 $	48 895 $	
Maisons Adrianna (organisme transféré à la catégorie personnes démunies)	61 300 $	-	-	
Organisation des jeunes de Parc-Extension inc. (L')	37 779 $	38 686 $	39 614 $	
Piaule, Local des jeunes (La)	53 725 $	55 014 $	56 334 $	
Plein milieu	260 577 $	265 190 $	313 296 $	
Projet 10 (organisme transféré à la catégorie Orientation et identité sexuelles)	56 459 $	-	-	
Projet 80 inc.	157 588 $	161 370 $	165 243 $	
Projet ado communautaire en travail de rue	97 669 $	182 176 $	187 714 $	
Projet d'intervention auprès des mineurs prostitués P.I.A.M.P.	159 384 $	181 657 $	173 275 $	
Projet Harmonie (Le)	61 446 $	62 921 $	64 431 $	
Projet love : vivre sans violence (Québec)	10 343 $	10 591 $	10 845 $	
Regroupement jeunesse en marche du Québec	34 266 $	35 088 $	35 930 $	
Relais des jeunes familles (Le)	49 067 $	50 245 $	51 451 $	
Répit Providence Maison Hochelaga-Maisonneuve	40 000 $	-	20 000 $	
REVDEC	29 356 $	30 037 $	30 734 $	
Rue action prévention jeunesse	10 343 $	39 170 $	51 008 $	
Société de recherche en orientation humaine inc.	35 833 $	36 693 $	37 574 $	
Toujours ensemble inc.	61 302 $	62 773 $	64 279 $	
Travail de rue / Action communautaire	199 863 $	227 769 $	237 775 $	
YMCA du Québec (Les)**	243 521 $	249 366 $	255 351 $	
TOTAL	**3 935 439 $**	**4 149 714 $**	**4 308 370 $**	**49**
Autres ressources pour femmes				
« La chrysalide », Centre d'accompagnement aux familles monoparentales	61 369 $	62 842 $	64 351 $	
Centre de santé des femmes de Montréal inc.	232 275 $	237 849 $	243 557 $	
Centre de solidarité Lesbienne (CSL)	175 958 $	180 181 $	184 505 $	
Envol des femmes (L')	5 958 $	6 101 $	6 248 $	
Réseau habitation femmes de Montréal	102 873 $	105 342 $	107 870 $	
TOTAL	**578 433 $**	**592 315 $**	**606 531 $**	**5**
Autres ressources pour hommes				
Accueil Bonneau inc.	271 941 $	278 467 $	285 151 $	
Centre de ressources et d'intervention pour hommes abusés sexuellement dans leur enfance (CRIPHASE)	126 514 $	129 550 $	132 659 $	
Entraide pour hommes de Montréal (L')	86 414 $	88 488 $	90 612 $	
Groupe amorce	111 103 $	88 681 $	130 809 $	
Option : une alternative à la violence conjugale	308 439 $	325 994 $	348 422 $	
Pro-Gam inc.	308 439 $	325 994 $	418 422 $	
S.A.C. Service d'aide aux conjoints	351 943 $	342 470 $	375 689 $	
TOTAL	**1 564 793 $**	**1 579 644 $**	**1 781 764 $**	**7**
Cancer				
Organisation multiressources pour les personnes atteintes de cancer	60 981 $	53 228 $	54 506 $	
Sensibilisation au cancer du sein Montréal (BCAM)	21 735 $	22 257 $	22 791 $	
TOTAL	**82 716 $**	**75 485 $**	**77 297 $**	**2**
Centre d'action bénévole (CAB)				
Accès Bénévolat (ancien nom : Service bénévole de l'Est de Montréal inc.)**	30 649 $	31 384 $	32 137 $	
Centre d'action bénévole de Bordeaux-Cartierville**	6 128 $	6 275 $	6 426 $	
Centre d'action bénévole de Montréal inc.**	30 652 $	31 388 $	32 141 $	
Centre d'action bénévole de Montréal-Nord**	30 652 $	31 388 $	32 141 $	
Centre d'action bénévole et communautaire St-Laurent inc.**	9 009 $	9 225 $	9 447 $	
Centre d'action bénévole Ouest-de-l'Île**	30 653 $	31 389 $	32 142 $	
TOTAL	**137 743 $**	**141 049 $**	**144 434 $**	**6**

	SUBVENTIONS 2010-2011	SUBVENTIONS 2011-2012	SUBVENTIONS 2012-2013	NB ORGANISMES FINANCÉS EN 2012-2013
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS)				
CALACS de l'Ouest-de-l'Île / West Island CALACS	270 621 $	277 116 $	283 767 $	
Comité des femmes actives de Montréal	377 983 $	387 055 $	396 344 $	
Groupe d'aide et d'information sur le harcèlement sexuel au travail de la province de Québec inc.	329 295 $	387 198 $	406 291 $	
Mouvement contre le viol et l'inceste / collectif de femmes de Montréal	363 226 $	371 943 $	380 871 $	
Trève pour elles inc.	309 707 $	317 140 $	324 751 $	
TOTAL	**1 650 832 $**	**1 740 452 $**	**1 792 024 $**	**5**
Centres de femmes				
Afrique au féminin	175 958 $	180 181 $	184 505 $	
Carrefour des femmes d'Anjou	175 960 $	180 183 $	184 507 $	
Carrefour des femmes de Saint-Léonard	176 196 $	180 425 $	184 755 $	
Centre communautaire des femmes Sud-Asiatique	176 940 $	181 163 $	185 487 $	
Centre d'aide à la famille	175 710 $	179 927 $	184 245 $	
Centre d'éducation et d'action des femmes de Montréal inc.	176 457 $	180 692 $	185 029 $	
Centre des femmes de Montréal	177 342 $	181 574 $	185 908 $	
Centre des femmes de Montréal-Est / Pointe-aux-Trembles	176 339 $	180 571 $	184 905 $	
Centre des femmes de Rosemont	176 046 $	180 271 $	184 598 $	
Centre des femmes de Saint-Laurent inc.	176 130 $	180 357 $	205 786 $	
Centre des femmes de Verdun inc.	176 130 $	180 357 $	184 686 $	
Centre des femmes d'ici et d'ailleurs	175 959 $	180 182 $	184 506 $	
Centre des femmes du Plateau Mont-Royal	176 130 $	180 357 $	184 686 $	
Centre des femmes interculturel Claire	175 349 $	179 558 $	183 867 $	
Centre des femmes italiennes de Montréal inc.	176 126 $	180 353 $	184 681 $	
Centre des femmes Rivière-des-Prairies	176 046 $	180 271 $	184 598 $	
Centre des femmes West Island	175 349 $	179 558 $	183 867 $	
Collectif des femmes immigrantes du Québec	175 349 $	179 558 $	183 867 $	
Concertation-Femme	208 621 $	212 846 $	189 598 $	
Écho des femmes de la Petite Patrie (L')	176 129 $	180 356 $	184 685 $	
Femmes averties / Women aware	21 416 $	21 930 $	22 456 $	
Femmes du monde à Côte-des-Neiges	176 281 $	180 511 $	184 843 $	
Fondation du refuge pour femmes Chez Doris inc. (La)	176 657 $	180 897 $	185 239 $	
Halte-Femmes Montréal-Nord	268 763 $	275 190 $	281 771 $	
Info-Femmes inc.	176 046 $	180 271 $	184 598 $	
Madame prend congé, le centre de femmes de Pointe-Saint-Charles	176 128 $	180 354 $	184 681 $	
Maison des femmes sourdes de Montréal (La)	175 959 $	200 182 $	184 506 $	
Marie debout, Centre d'éducation des femmes (La)	176 047 $	180 272 $	184 598 $	
TOTAL	**4 901 563 $**	**5 038 347 $**	**5 131 458 $**	**28**
Communautés culturelles				
ACCOHAM : Association canadienne des chrétiens d'origine haïtienne à Montréal	30 643 $	31 379 $	32 132 $	
Accueil pour immigrants et Réfugiés du Sud-Ouest de Montréal Centre Prisme (ancien nom : Centre P.R.I.S.M.E. Promotion, référence, information et services multi-ethniques)	30 643 $	31 379 $	32 132 $	
ALAC (Alliance pour l'accueil et l'intégration des immigrants-es) (ancien nom : Association latino-américaine et multiethnique de Côte-des-Neiges (ALAC))	26 195 $	26 800 $	27 419 $	
Amitié chinoise de Montréal	30 643 $	31 379 $	32 132 $	
Association des travailleurs grecs du Québec	26 244 $	26 874 $	27 519 $	
Association haïtiano-canado-québécoise d'aide aux démunis	39 099 $	40 037 $	40 998 $	
Association jamaïquaine de Montréal inc.	31 111 $	31 858 $	32 623 $	
Atelier 850	31 494 $	32 250 $	33 024 $	
Bureau de la communauté haïtienne de Montréal	62 041 $	50 218 $	51 423 $	
Carrefour solidarité Anjou	41 597 $	42 571 $	43 569 $	
CASA-CAFI (Centre d'aide aux familles immigrantes)	37 874 $	38 759 $	39 665 $	
Centre communautaire « Bon courage » de Place Benoit	45 229 $	46 314 $	47 426 $	

	SUBVENTIONS 2010-2011	SUBVENTIONS 2011-2012	SUBVENTIONS 2012-2013	NB ORGANISMES FINANCÉS EN 2012-2013
Centre communautaire Ahavas Chesed inc.	50 028 $	51 205 $	52 410 $	
Centre communautaire CEFEDI	-	-	9 719 $	
Centre communautaire Mountain Sights	11 104 $	11 370 $	11 643 $	
Centre communautaire multi-ethnique de Montréal-Nord	47 129 $	40 375 $	41 344 $	
Centre d'action socio-communautaire de Montréal	125 428 $	128 438 $	131 521 $	
Centre d'aide à la réussite et au développement C.A.R.D.		25 000 $		
Centre de la famille haïtienne et interculturelle de Rivière-des-Prairies	66 686 $	68 286 $	69 925 $	
Centre de ressources de la communauté noire (Le)	30 643 $	31 379 $	32 132 $	
Centre d'orientation paralégale et sociale pour immigrants (C.O.P.S.I.) inc.	44 923 $	45 977 $	47 056 $	
Centre haïtien d'animation et d'intervention sociales (CHAIS)	35 296 $	31 379 $	32 132 $	
Centre humanitaire d'organisation de ressources et de références d'Anjou	48 605 $	49 772 $	50 967 $	
Centre Scalabrini pour réfugiés et immigrants	11 104 $	11 370 $	11 643 $	
Communauté vietnamienne au Canada région Montréal	45 084 $	46 166 $	47 274 $	
Halte La ressource inc.	14 120 $	14 459 $	14 806 $	
Maison d'Haïti	31 643 $	32 379 $	33 132 $	
Mamies immigrantes pour le développement et l'intégration (M.I.D.I.)	11 104 $	11 370 $	11 643 $	
Mouvement fraternité multi-ethnique inc.	30 643 $	-	-	
Service à la famille chinoise du Grand Montréal inc.	69 770 $	71 429 $	106 914 $	
Service d'aide communautaire et de liaison pour immigrants de Notre-Dame-de-Grâce (SACLI)	49 607 $	59 298 $	52 017 $	
Service d'interprète d'aide et de référence aux immigrants (SIARI)	31 643 $	32 378 $	33 131 $	
Services communautaires Canadiens-Italiens du Québec inc. (Les)	30 643 $	31 378 $	32 131 $	
Services sociaux helléniques du Québec	30 643 $	61 378 $	32 131 $	
TOTAL	**1 248 659 $**	**1 284 604 $**	**1 293 733 $**	**32**
Concertation et consultation générales				
Coalition pour le maintien dans la communauté (Montréal et alentours)	82 424 $	84 402 $	86 428 $	
Regroupement intersectoriel des organismes communautaires de Montréal	199 658 $	197 732 $	202 478 $	
Réseau alternatif et communautaire des organismes (RACOR) en santé mentale	107 651 $	159 635 $	111 666 $	
Réseau d'action des femmes en santé et services sociaux	67 435 $	69 053 $	75 710 $	
Réseau d'aide aux personnes seules et itinérantes de Montréal inc. (Le)	68 072 $	83 795 $	128 504 $	
TOTAL	**525 240 $**	**594 617 $**	**604 786 $**	**5**
Contraception, allaitement, périnatalité, famille				
Alternative naissance	48 971 $	50 146 $	51 350 $	
Assistance maternelle (L')	25 747 $	26 365 $	26 998 $	
Fondation de la visite	90 493 $	63 841 $	80 349 $	
Grossesse-Secours inc.	75 687 $	77 504 $	79 364 $	
Nourri-Source-Montréal	61 300 $	62 771 $	64 278 $	
Regroupement « Entre mamans » inc.	62 369 $	63 842 $	65 350 $	
Relevailles de Montréal (Les)	337 348 $	345 444 $	353 734 $	
TOTAL	**701 915 $**	**689 913 $**	**721 423 $**	**7**
Déficience intellectuelle				
Amis de l'Est pour la déficience intellectuelle (Le)	142 033 $	145 442 $	154 248 $	
Arche-Montréal inc. (L')	554 788 $	592 002 $	572 062 $	
Association de l'Ouest de l'Île pour les handicapés intellectuels inc.	262 705 $	269 010 $	282 198 $	
Association de Montréal pour la déficience intellectuelle	112 707 $	115 412 $	124 914 $	
Association de parents pour la déficience intellectuelle et les troubles envahissants du développement (ancien nom : Association de parents du centre Gabrielle Major (APCGM))	71 400 $	73 114 $	79 083 $	
Avatil	95 779 $	98 078 $	107 164 $	
Centre au puits	102 000 $	104 448 $	113 687 $	
Centre de Rêves et Espoirs	-	-	8 182 $	
Compagnons de Montréal	57 806 $	59 193 $	68 764 $	
Corporation L'espoir du déficient	133 701 $	136 910 $	145 511 $	
J'me fais une place en garderie	77 735 $	79 601 $	89 661 $	
Joie des enfants (Montréal) inc. (La)	147 853 $	151 401 $	158 356 $	

	SUBVENTIONS 2010-2011	SUBVENTIONS 2011-2012	SUBVENTIONS 2012-2013	NB ORGANISMES FINANCÉS EN 2012-2013
Maison de répit La ressource (La)	91 581 $	93 779 $	102 762 $	
Maison-Répit Oasis inc.	142 640 $	146 039 $	154 835 $	
Parrainage civique Les marronniers	112 386 $	115 083 $	124 577 $	
Parrainage civique Montréal	138 126 $	141 441 $	150 150 $	
Prolongement à la famille de Montréal (Un)	122 150 $	125 081 $	134 815 $	
Regroupement de parents de personne ayant une déficience intellectuelle de Montréal	142 076 $	145 486 $	154 292 $	
Regroupement pour la trisomie 21 (Le)	73 556 $	75 321 $	94 379 $	
Résidence Papillon inc.	-	-	11 515 $	
Rêvanous	77 734 $	79 600 $	89 007 $	
Sans Oublier le Sourire	25 500 $	26 112 $	36 306 $	
TOTAL	**2 684 256 $**	**2 772 553 $**	**2 956 468 $**	**22**
Déficience physique				
Aide aux personnes obèses handicapées du Québec	12 002 $			
Amalgame Montréal inc.	76 500 $	78 336 $	83 477 $	
Association de loisirs des personnes handicapées physiques de Montréal	108 276 $	110 875 $	120 268 $	
Association de loisirs pour personnes à autonomie réduite	65 048 $	66 609 $	76 358 $	
Association de spina bifida et d'hydrocéphalie de la région de Montréal (1985) inc.	84 660 $	86 691 $	89 181 $	
Association du Québec pour enfants avec problèmes auditifs (A.Q.E.P.A.) Montréal régional (06-13-14-15-16) inc.	84 898 $	86 936 $	95 754 $	
Association multi-ethnique pour l'intégration des personnes handicapées du Québec	181 642 $	186 002 $	194 364 $	
Association québécoise des personnes aphasiques	128 170 $	131 246 $	139 711 $	
Association québécoise des traumatisés crâniens	85 236 $	87 282 $	96 109 $	
Bon pilote inc. (Le)	82 240 $	84 214 $	92 967 $	
C.A.R.E., (Centre d'activités récréatives et éducatives)	109 382 $	112 007 $	114 797 $	
Centre Action	65 678 $	67 254 $	77 018 $	
Centre communautaire Radisson inc.	172 573 $	176 715 $	184 854 $	
Centre de la communauté sourde du Montréal métropolitain	135 620 $	179 921 $	180 338 $	
Centre de répit Philou	-	-	11 515 $	
Centre d'intégration à la vie active pour les personnes vivant avec un handicap physique	34 328 $	35 152 $	40 664 $	
Club des personnes handicapées du Lac Saint-Louis	65 678 $	67 254 $	77 018 $	
Communicaide pour des adultes avec problèmes auditifs (C.A.P.A.)	107 100 $	109 670 $	114 779 $	
Espace Multisoleil (ancien nom : Association Loisirs Soleil	63 796 $	65 327 $	75 045 $	
Formation Altergo (ancien nom : Handidactis)	54 551 $	55 860 $	61 415 $	
Groupe d'entraide de la sclérose en plaques de la Banlieue Ouest (Le)	53 040 $	54 313 $	60 411 $	
Habitations pignon sur roues	25 500 $	26 112 $	35 493 $	
Main-Forte Montréal	76 500 $	78 336 $	83 477 $	
Promotion intervention en milieu ouvert inc.	117 810 $	120 638 $	127 355 $	
Service d'interprétation visuelle et tactile du Montréal-Métropolitain	467 672 $	478 895 $	492 064 $	
Solidarité de parents de personnes handicapées inc.	103 097 $	105 571 $	114 837 $	
Théâtre aphasique	61 200 $	62 669 $	64 173 $	
Vie autonome - Montréal (ancien nom : Centre de ressource à la vie autonome du Montréal-Métropolitain)	72 640 $	74 383 $	84 318 $	
TOTAL	**2 694 837 $**	**2 788 268 $**	**2 987 760 $**	**27**
Maintien à domicile				
Accès Bénévolat (ancien nom : Service bénévole de l'Est de Montréal inc.)**	153 750 $	157 377 $	161 078 $	
Accompagnement bénévole de l'Ouest (ABO)	4 781 $	4 880 $	8 228 $	
Accordailles (Les)	110 653 $	113 293 $	115 993 $	
Action Centre-Ville (Montréal) inc.	140 110 $	143 457 $	146 881 $	
Aide aux villageois du Village Olympique (L')	64 567 $	66 101 $	67 668 $	
Alternatives communautaires d'habitation et d'intervention de milieu (ACHIM)	201 085 $	205 895 $	210 818 $	
Ambassadeurs du 3e âge St-Henri / Petite Bourgogne (Les)	39 585 $	30 395 $	-	
Association bénévole de Pointe-aux-Trembles et de Montréal-Est	99 263 $	101 630 $	104 050 $	

	SUBVENTIONS 2010-2011	SUBVENTIONS 2011-2012	SUBVENTIONS 2012-2013	NB ORGANISMES FINANCÉS EN 2012-2013
Association des citoyens âgés gréco-canadiens de Montréal Asklipios	63 707 $	65 222 $	66 771 $	
Association des jeunes chrétiens de l'Université McGill	74 379 $	76 148 $	77 956 $	
Association des popotes roulantes du Montréal Métropolitain (L')	124 846 $	127 779 $	130 770 $	
Association du troisième âge « FILIA »	64 300 $	65 827 $	67 388 $	
Carrefour communautaire Montrose inc.	125 263 $	128 254 $	131 313 $	
Carrefour des retraités de Montréal-Nord inc.	85 659 $	87 715 $	89 820 $	
Carrefour Marguerite Bourgeoys	10 343 $	10 591 $	10 845 $	
Carrefour Saint-Eusèbe de Montréal inc.	53 170 $	47 278 $	48 413 $	
Centre almage communautaire pour personnes âgées (Le)	108 616 $	111 207 $	113 857 $	
Centre communautaire des aînés de St-Michel-Rosemont	125 263 $	128 254 $	131 313 $	
Centre communautaire pour aînés de Verdun	108 616 $	111 207 $	113 857 $	
Centre communautaire Saint-Antoine 50+	143 905 $	147 351 $	150 879 $	
Centre contactivité inc.	101 002 $	103 410 $	105 873 $	
Centre culturel des Canadiens-Japonais de Montréal inc.	25 927 $	26 549 $	27 186 $	
Centre d'action bénévole de Bordeaux-Cartierville**	102 076 $	104 510 $	106 999 $	
Centre d'action bénévole de Montréal inc.**	209 384 $	214 346 $	219 415 $	
Centre d'action bénévole de Montréal-Nord**	131 190 $	134 323 $	137 528 $	
Centre d'action bénévole de Rivière-des-Prairies (Le)	80 517 $	82 434 $	84 393 $	
Centre d'action bénévole et communautaire Saint-Laurent inc.**	138 033 $	141 330 $	144 703 $	
Centre d'action bénévole Ouest-de-l'Île**	151 638 $	155 214 $	158 863 $	
Centre de bénévolat Côte-des-Neiges	96 922 $	99 232 $	101 594 $	
Centre de bénévolat de Sarpad Côte-des-Neiges inc.	139 667 $	142 988 $	146 381 $	
Centre de bénévolat de Ville Mont-Royal	46 170 $	47 278 $	48 413 $	
Centre de bénévolat Notre-Dame-de-Grâce	78 677 $	80 550 $	82 464 $	
Centre de bénévoles Ahuntsic-Sud	90 785 $	92 948 $	95 160 $	
Centre d'entraide Le rameau d'Olivier inc.	85 277 $	87 308 $	89 384 $	
Centre des aînés Côte-des-Neiges	108 616 $	111 207 $	113 857 $	
Centre des aînés du réseau d'entraide de Saint-Léonard	110 984 $	113 632 $	116 340 $	
Centre du Vieux Moulin de LaSalle (Le)	110 754 $	113 412 $	116 134 $	
Centre juif Cummings pour aînés	275 121 $	281 708 $	288 450 $	
Centre multi-ressources de Lachine	93 370 $	95 611 $	97 906 $	
Centre pour personnes âgées Espoir nouveau	108 616 $	111 207 $	113 857 $	
Chez-nous de Mercier-Est (Le)	159 231 $	163 037 $	166 931 $	
Club de l'âge d'or « le dragon d'or » (Le)	10 343 $	10 591 $	10 845 $	
Comité canadien des réfugiés de la mer	62 988 $	64 500 $	66 048 $	
Communauté Sépharade unifié du Québec	50 951 $	52 158 $	53 391 $	
Conseil des aînés et des aînées de N.D.G. inc.	140 993 $	144 361 $	147 806 $	
Conseil des personnes âgées de la communauté noire de Montréal (Le)	70 616 $	72 295 $	74 011 $	
Conseil Régional des personnes âgées Italo-Canadiennes de Montréal	115 298 $	118 049 $	120 863 $	
Corporation du centre des aînés de Villeray	99 263 $	101 630 $	104 050 $	
Entraide Ahuntsic-Nord	114 671 $	117 407 $	120 206 $	
Entraide Bénévole Métro inc.	111 488 $	114 148 $	116 868 $	
Entraide Ukrainienne de Montréal inc.	63 189 $	64 690 $	66 223 $	
Groupe de tâches et d'entraide du quartier Centre-Sud	16 307 $	16 698 $	17 099 $	
Groupe des aidants de Lasalle	42 015 $	43 023 $	44 056 $	
Groupe L'entre-gens inc.	74 379 $	76 148 $	77 956 $	
Habitations à ciel ouvert (Les)	48 381 $	49 542 $	50 731 $	
Habitations Les Boulevards de Montréal-Nord (Les)	15 957 $	16 340 $	16 732 $	
Habitations Les II volets	109 489 $	112 101 $	114 772 $	
Habitations Nouvelles Avenues	118 223 $	121 045 $	123 931 $	
Maison d'Aurore (La)	110 979 $	95 248 $	110 829 $	
Maison des aînés Hochelaga-Maisonneuve (La) (organisme transféré à la section autres organismes)	20 996 $	21 500 $	-	
Place Vermeil inc.	140 110 $	143 457 $	146 881 $	

	SUBVENTIONS 2010-2011	SUBVENTIONS 2011-2012	SUBVENTIONS 2012-2013	NB ORGANISMES FINANCÉS EN 2012-2013
Projet changement - Centre communautaire pour aînés	193 008 $	197 625 $	202 349 $	
Projet genèse	117 015 $	119 823 $	122 699 $	
Regroupement des aidants-naturels de Montréal	129 853 $	132 953 $	136 123 $	
Réseau - Bénévoles de Verdun inc.	91 654 $	93 838 $	96 071 $	
Résolidaire, Réseau bénévole Hochelaga-Maisonneuve inc.	119 256 $	122 102 $	125 013 $	
Ressources troisième âge Lachine	107 262 $	109 825 $	112 448 $	
Santropol roulant (Québec) inc.	85 004 $	86 978 $	88 990 $	
Service bénévole d'entraide Anjou inc.	104 331 $	106 819 $	109 363 $	
Service d'aide communautaire Anjou inc.	76 306 $	78 122 $	79 978 $	
Service de bénévoles pour le 3e âge de Pointe-Saint-Charles	88 765 $	90 880 $	93 042 $	
Services bénévoles aux aînés de Ville-Émard / St-Paul	74 379 $	76 148 $	77 956 $	
Société de soins palliatifs à domicile du Grand Montréal	1 215 089 $	1 381 295 $	1 402 788 $	
Temps d'une pause service de répit (Le)	100 813 $	103 233 $	105 711 $	
Union générale arménienne de bienfaisance de Montréal inc.	43 593 $	44 639 $	45 710 $	
Vers vous	114 718 $	117 456 $	120 256 $	
TOTAL	**8 543 500 $**	**8 848 762 $**	**9 011 524 $**	**74**
Maisons de jeunes				
Accès-cible jeunesse Rosemont (L')	34 396 $	35 222 $	36 067 $	
Antre jeunes de Mercier-Est (L')	90 417 $	92 587 $	94 809 $	
Centre communautaire jeunesse unie de Parc-Extension	64 882 $	66 439 $	68 034 $	
Club garçons et filles de Lachine, inc. (Le)	64 228 $	65 769 $	67 348 $	
Club garçons et filles de LaSalle	61 300 $	62 771 $	64 278 $	
Hôte maison (maison de jeunes) (Le)	92 809 $	95 036 $	97 317 $	
Imagerie local des jeunes inc. (L')	103 440 $	105 923 $	108 465 $	
Maison de jeunes de la Côte-des-Neiges, inc.	92 809 $	95 036 $	97 317 $	
Maison de jeunes de Saint-Léonard	64 447 $	65 994 $	67 578 $	
Maison de jeunes Le chemin faisant inc. (La)	111 841 $	105 821 $	108 361 $	
Maison de jeunes Le point de mire	103 439 $	105 922 $	108 464 $	
Maison de jeunes : L'ouverture	92 809 $	95 036 $	97 317 $	
Maison des jeunes « L'escalier » de Lachine inc. (La)	92 809 $	95 036 $	97 317 $	
Maison des jeunes « Par la grand'porte » (La)	116 954 $	119 761 $	122 635 $	
Maison des jeunes à ma Baie inc.	90 417 $	92 587 $	94 809 $	
Maison des jeunes d' Ahuntsic	92 809 $	95 036 $	97 317 $	
Maison des jeunes de Bordeaux-Cartierville	34 398 $	35 224 $	36 069 $	
Maison des jeunes de LaSalle	20 000 $	20 000 $	15 000 $	
Maison des jeunes de Pierrefonds inc.	98 369 $	95 036 $	97 317 $	
Maison des jeunes de Pointe-aux-Trembles (ancien nom : Jeunes en mouvement de Pointe-aux-Trembles)	34 395 $	35 220 $	36 065 $	
Maison des jeunes de Pointe-Saint-Charles inc. (La)	92 809 $	95 036 $	97 317 $	
Maison des jeunes de Rivière-des-Prairies (La)	92 809 $	95 036 $	97 317 $	
Maison des Jeunes de Saint-Laurent	-	-	13 000 $	
Maison des jeunes d'Outremont	92 809 $	95 036 $	97 317 $	
Maison des jeunes du Plateau inc.	103 439 $	105 922 $	108 464 $	
Maison des jeunes La galerie inc.	103 439 $	105 922 $	108 464 $	
Maison des jeunes L'escampette inc.	103 439 $	105 922 $	108 464 $	
Maison des jeunes Quinka-Buzz inc. (La)	103 439 $	105 922 $	108 464 $	
Maison des jeunes, MAGI de Mercier-Ouest inc.	92 809 $	95 036 $	97 317 $	
Mouvement jeunesse Montréal-Nord	100 268 $	102 674 $	105 138 $	
Opération jeunesse Ville-Émard / Côte St-Paul	35 148 $	35 224 $	36 069 $	
Repère des jeunes Île-des-Sœurs (Le)	34 236 $	35 059 $	35 900 $	
TOTAL	**2 511 612 $**	**2 556 245 $**	**2 625 115 $**	**32**
Maisons d'hébergement communautaire jeunesse				
Arrêt-source inc. (L')	608 217 $	622 814 $	637 762 $	
Auberge communautaire Sud-Ouest	438 737 $	449 267 $	460 049 $	

	SUBVENTIONS 2010-2011	SUBVENTIONS 2011-2012	SUBVENTIONS 2012-2013	NB ORGANISMES FINANCÉS EN 2012-2013
Avenue, hébergement communautaire (L')	402 279 $	423 275 $	452 260 $	
En Marge 12-17	293 218 $	330 874 $	355 426 $	
Foyer de jeunes travailleurs et travailleuses de Montréal inc.	187 072 $	213 537 $	244 685 $	
Habitations L'escalier de Montréal	299 681 $	312 661 $	337 232 $	
Hébergement jeunesse Le tournant	403 082 $	429 932 $	466 115 $	
Héberjeune de Parc-Extension	146 486 $	156 639 $	187 371 $	
Maison du pharillon (La) (organisme transféré à la catégorie Alcoolisme, toxicomanies et autres dépendances)	125 625 $	128 640 $	-	
Maison Tangente inc. (La)	397 202 $	406 735 $	416 497 $	
Passages : ressources pour jeunes femmes en difficulté	672 514 $	696 601 $	726 896 $	
Projet jeunesse de l'Ouest de l'Île	248 098 $	254 052 $	260 149 $	
Refuge des jeunes de Montréal	444 414 $	478 147 $	535 061 $	
Ressources jeunesse de Saint-Laurent inc.	339 299 $	408 430 $	414 182 $	
Service d'hébergement Saint-Denis inc.	355 459 $	363 990 $	372 726 $	
Service d'intégration à la collectivité	123 047 $	126 000 $	129 024 $	
TOTAL	**5 484 430 $**	**5 801 594 $**	**5 995 435 $**	**15**
Maisons d'hébergement pour les femmes violentées ou en difficulté				
Assistance aux femmes de Montréal inc.	640 360 $	655 729 $	671 467 $	
Auberge Madeleine	715 339 $	732 507 $	750 087 $	
Auberge shalom pour femmes	640 358 $	655 727 $	671 465 $	
Auberge transition	673 492 $	689 632 $	706 159 $	
Bouclier d'Athéna, Services familiaux (Le)	608 217 $	622 814 $	637 762 $	
Conseil de direction de l'Armée du salut du Canada (l'abri d'espoir)	972 347 $	995 684 $	1 019 580 $	
Dauphinelle (La)	672 491 $	688 631 $	705 158 $	
Escale pour elle (Montréal) (L')	640 354 $	655 722 $	671 459 $	
Foyer pour femmes autochtones de Montréal	683 207 $	699 604 $	716 395 $	
Inter-Val 1175 inc.	672 491 $	688 631 $	705 158 $	
Logifem inc.	726 054 $	743 479 $	761 323 $	
Maison Dalauze, Centre d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté avec ou sans enfants (La)	640 353 $	655 721 $	671 458 $	
Maison d'hébergement d'Anjou	672 496 $	245 098 $	705 163 $	
Maison du réconfort (La)	640 357 $	655 726 $	689 464 $	
Maison Flora Tristan, d'hébergement et de transition pour femmes immigrantes victimes de violence familiale et leurs enfants	683 207 $	699 604 $	716 395 $	
Maison grise de Montréal (La)	629 641 $	644 752 $	660 226 $	
Maison L'océane	151 859 $	142 212 $	145 625 $	
Maison Marguerite de Montréal inc. (La)	640 354 $	655 722 $	671 459 $	
Maison secours aux femmes de Montréal inc.	640 356 $	655 725 $	671 462 $	
Maisons de L'ancre inc. (Les)	629 642 $	644 753 $	660 227 $	
Multi-Femmes inc.	672 493 $	688 633 $	705 160 $	
Parados inc. (Le)	683 203 $	699 600 $	716 390 $	
Passerelle	115 570 $	118 344 $	121 184 $	
Pavillon Patricia MacKenzie	147 030 $	128 278 $	135 471 $	
Refuge pour les femmes de l'Ouest-de-l'Île	672 493 $	688 633 $	705 160 $	
Rue des femmes de Montréal (La)	776 052 $	794 677 $	913 749 $	
Transit 24	672 491 $	688 631 $	705 158 $	
Y des femmes (YWCA de Montréal)	689 467 $	704 694 $	720 287 $	
TOTAL	**17 401 774 $**	**17 338 963 $**	**18 330 051 $**	**28**
Maisons d'hébergement pour hommes en difficulté				
Bonsecours inc.	154 219 $	225 900 $	259 402 $	
Carrefour familial Hochelaga	195 142 $	199 801 $	204 572 $	
Maison du Père (ancien nom : Œuvres de la maison du Père (Les))	1 065 658 $	1 401 265 $	1 681 265 $	
Mission Bon accueil (La)	1 096 897 $	1 458 455 $	1 705 356 $	
Mission Old Brewery	1 661 071 $	2 152 538 $	2 643 525 $	
Projets Autochtones du Québec	-	-	154 591 $	

	SUBVENTIONS 2010-2011	SUBVENTIONS 2011-2012	SUBVENTIONS 2012-2013	NB ORGANISMES FINANCÉS EN 2012-2013
TOTAL	**4 172 987 $**	**5 437 959 $**	**6 648 711 $**	**6**
Oganismes de justice alternative				
Trajet inc.	1 121 000 $	1 147 904 $	1 175 454 $	
YMCA du Québec (Les)**	297 356 $	304 493 $	311 801 $	
TOTAL	**1 418 356 $**	**1 452 397 $**	**1 487 255 $**	**2**
Orientation et identité sexuelle				
Centre communautaire des gais et lesbiennes de Montréal (Le)	57 599 $	58 981 $	60 396 $	
GRIS-Montréal	48 606 $	49 773 $	50 968 $	
Projet 10		57 814 $	59 202 $	
TOTAL	**106 205 $**	**166 568 $**	**170 566 $**	**3**
Personnes démunies				
Action secours, vie d'espoir	24 823 $	25 419 $	44 026 $	
Action-réinsertion	56 570 $	64 505 $	59 318 $	
Association entre tes mains	31 795 $	50 000 $	50 000 $	
Au coup de pouce Centre-Sud inc.	67 232 $	68 846 $	70 498 $	
Bouffe-Action de Rosemont	45 627 $	63 219 $	63 699 $	
C.A.R.R.É. Comptoir alimentaire de rencontres, de références et d'entraide inc. (Le)	54 403 $	71 272 $	71 999 $	
Cafétéria communautaire multi caf (La)	57 805 $	74 392 $	75 215 $	
Carrefour d'alimentation et de partage St-Barnabé inc.	87 305 $	117 184 $	119 141 $	
Carrefour d'entraide Lachine inc.	57 805 $	74 392 $	75 215 $	
Centre communautaire La patience	51 714 $	65 000 $	69 456 $	
Centre de ressources et d'action communautaire de La Petite Patrie (Le)	57 805 $	74 392 $	75 215 $	
Centre d'entraide et de ralliement familial Le C.E.R.F.	58 935 $	75 426 $	76 283 $	
Centre d'information communautaire et dépannage C.I.C.D. inc.	24 409 $	30 001 $	35 000 $	
Chez Émilie, Maison d'entraide populaire	34 230 $	49 910 $	49 981 $	
Chic resto-pop inc. (Le)	56 885 $	73 548 $	74 345 $	
Club populaire des consommateurs de la Pointe Saint-Charles (Le)	62 057 $	78 288 $	79 236 $	
Comité social Centre-Sud inc.	147 494 $	154 642 $	153 053 $	
Conseil communautaire Notre-Dame-de-Grâce inc.	64 550 $	72 778 $	70 163 $	
Corbeille Bordeaux-Cartierville (La)	33 924 $	40 000 $	40 000 $	
Cuisine collective Hochelaga-Maisonneuve	31 795 $	50 528 $	50 618 $	
Cuisines collectives du Grand Plateau	58 935 $	75 429 $	76 283 $	
Cuisines et vie collectives Saint-Roch	60 059 $	76 460 $	77 346 $	
Dépôt Alimentaire NDG	-	18 000 $	18 000 $	
Entraide Léo Théorêt	13 613 $	33 847 $	33 425 $	
Fondation partageons l'espoir	13 248 $	20 001 $	25 000 $	
Fonds d'aide de l'Ouest-de-l'Île	-	18 000 $	18 000 $	
Fourchettes de l'espoir	25 684 $	44 921 $	44 839 $	
Garde-manger pour tous (Le)	57 806 $	74 393 $	75 216 $	
GEMO (Groupe d'entraide de Mercier-Ouest)	51 714 $	52 955 $	69 456 $	
Information alimentaire populaire Centre-Sud inc.	-	18 000 $	18 000 $	
Jeunesse au soleil incorporée	26 770 $	40 000 $	40 000 $	
Maison de quartier Villeray (La)	56 218 $	65 001 $	65 000 $	
Maison d'entraide St-Paul et Émard (La)	57 806 $	74 393 $	75 216 $	
Maison du partage d'Youville inc. (La)	57 806 $	74 393 $	75 215 $	
Maisons Adrianna	-	97 594 $	78 520 $	
Mission du Grand Berger	25 857 $	26 478 $	28 000 $	
Moisson Montréal inc.	77 499 $	92 455 $	85 000 $	
Mon resto Saint-Michel	37 444 $	55 712 $	55 961 $	
Mouvement fraternité multi-ethnique inc.	-	49 471 $	49 529 $	
Nutri-centre LaSalle	13 248 $	33 511 $	33 079 $	
Œuvres de St-Jacques (Les)	-	33 000 $	18 000 $	
Pas de la rue (Le)	25 683 $	44 920 $	44 838 $	
Relais populaire inc. (Le)	52 453 $	57 001 $	62 000 $	

	SUBVENTIONS 2010-2011	SUBVENTIONS 2011-2012	SUBVENTIONS 2012-2013	NB ORGANISMES FINANCÉS EN 2012-2013
Rencontres-Cuisines	11 786 $	65 476 $	66 026 $	
Réseau d'entraide de Verdun	52 452 $	74 481 $	70 154 $	
Resto Plateau	36 365 $	54 722 $	45 000 $	
Service de nutrition et d'action communautaire (SNAC)	57 805 $	74 392 $	75 215 $	
Service d'éducation et de sécurité alimentaire de Mercier-Est (SESAME)	50 683 $	44 920 $	44 838 $	
Table ronde de Saint-Léonard (La)	13 248 $	33 509 $	25 000 $	
TOTAL	**2 041 345 $**	**2 897 177 $**	**2 894 617 $**	**49**
Santé mentale				
« Action-Autonomie » Le collectif pour la défense des droits en santé mentale de Montréal	357 233 $	363 779 $	370 830 $	
« L'art-rivé » Centre de jour de Rivière-des-Prairies	158 271 $	162 070 $	165 960 $	
« Maison multiethnique Myosotis » inc.	63 248 $	72 766 $	66 320 $	
Abri en ville (L')	43 644 $	44 691 $	45 764 $	
Accès santé mentale cible travail	275 919 $	282 541 $	289 322 $	
Action santé de Pointe Saint-Charles	139 767 $	143 121 $	146 556 $	
Agence Ometz	70 427 $	72 117 $	73 848 $	
Alternative, Centre de jour en santé mentale (L')	158 333 $	162 133 $	166 024 $	
Ami-Québec Alliance pour les malades mentaux inc.	204 263 $	209 165 $	214 185 $	
Amis de la santé mentale (banlieue Ouest) (Les)	109 240 $	111 862 $	114 547 $	
Anorexie et boulimie Québec (ancien nom : Association québécoise d'aide aux personnes souffrant d'anorexie nerveuse et de boulimie)	62 974 $	64 485 $	66 033 $	
Antenne communications	31 217 $	31 966 $	32 733 $	
Association bénévole amitié inc.	587 084 $	601 174 $	615 602 $	
Association canadienne pour la santé mentale / filiale de Montréal	214 126 $	219 265 $	232 107 $	
Association d'agoraphobes anonymes de Verdun	25 857 $	26 478 $		
Association de parents pour la santé mentale de Saint-Laurent-Bordeaux-Cartierville	108 595 $	111 132 $	113 799 $	
Association I.R.I.S.	1 876 867 $	1 921 912 $	1 968 038 $	
Association québécoise des parents et amis de la personne atteinte de maladie mentale inc.	180 935 $	185 208 $	189 653 $	
Association québécoise pour les troubles d'apprentissage - Section 1 de Montréal	32 124 $	32 895 $	33 684 $	
Association québécoise pour les troubles d'apprentissage - Section Saint-Léonard	41 865 $	42 846 $	43 850 $	
Atelier d'artisanat centre-ville inc. (L')	275 919 $	282 541 $	289 322 $	
Ateliers Quatre saisons inc. (Les)	125 445 $	128 456 $	131 539 $	
C.A.D.R.E. Centre d'action, de développement et de recherche en employabilité	225 129 $	230 516 $	236 029 $	
Carrefour populaire de St-Michel inc.	108 483 $	111 087 $	113 753 $	
Centrami	202 296 $	207 151 $	212 123 $	
Centre bienvenue inc.	146 268 $	149 778 $	153 373 $	
Centre d'activités pour le maintien de l'équilibre émotionnel de Montréal-Nord (CAMÉÉ)	120 453 $	123 344 $	126 304 $	
Centre d'apprentissage parallèle de Montréal C.A.P. (Le)	275 919 $	282 541 $	289 322 $	
Centre de crise de l'Ouest de l'Île	1 396 695 $	1 430 216 $	1 464 541 $	
Centre de crise Le transit	1 362 812 $	1 413 179 $	1 429 012 $	
Centre de jour de St-James	172 973 $	177 124 $	201 375 $	
Centre de soir Denise Massé inc.	244 727 $	250 600 $	256 614 $	
Centre d'écoute et de référence Halte ami	106 070 $	108 616 $	111 223 $	
Centre d'écoute et de référence Multi-Écoute	108 726 $	136 335 $	111 166 $	
Centre d'écoute et d'intervention Face à face (Le)	81 677 $	83 637 $	85 644 $	
Centre d'écoute Le havre inc.	61 096 $	62 562 $	64 063 $	
Centre d'entraide Le pivot, C.E.L.P.	124 615 $	127 606 $	130 669 $	
Centre famille et ressource A.D.D.	40 865 $	41 846 $	42 850 $	
Centre l'autre maison inc.	1 114 268 $	1 149 330 $	1 174 994 $	
Centre local d'initiatives communautaires du Nord-Est de Montréal	62 720 $	64 225 $	65 766 $	
Centre soutien-jeunesse de Saint-Laurent	120 150 $	123 034 $	125 987 $	
Chambreclerc	123 834 $	126 806 $	129 849 $	

	SUBVENTIONS 2010-2011	SUBVENTIONS 2011-2012	SUBVENTIONS 2012-2013	NB ORGANISMES FINANCÉS EN 2012-2013
Clé des champs, Réseau d'entraide pour troubles anxieux (La)	109 147 $	111 767 $	114 449 $	
Club Ami, la santé mentale par l'entraide et l'intégration socio-professionnelle inc.	-	-	30 000 $	
Communauté thérapeutique La chrysalide inc. (La)	98 249 $	100 607 $	103 022 $	
Compeer Montréal / Entre-Amis, Association bénévole inc.	97 542 $	99 883 $	102 280 $	
Corporation maison Lucien-L'Allier, Montréal	117 712 $	120 537 $	123 430 $	
Déprimés anonymes inc. (Les)	104 919 $	107 437 $	110 015 $	
Entraide pour vaincre la dépression inc. E.V.D.	63 156 $	64 672 $	66 224 $	
Entraide St-Michel	146 017 $	149 521 $	156 324 $	
Entreprise sociale en santé mentale	608 972 $	623 587 $	638 553 $	
Équipe entreprise (L')	145 665 $	149 161 $	152 741 $	
Étincelle de l'amitié inc. (L')	124 599 $	127 589 $	130 651 $	
Expression LaSalle centre communautaire en santé mentale	159 369 $	163 194 $	167 111 $	
Fondation pour l'art thérapeutique et l'art brut au Québec	13 878 $	14 211 $	14 552 $	
Groupe d'entraide Lachine	174 814 $	179 010 $	183 306 $	
Gymn-eau Montréal	40 863 $	41 844 $	42 848 $	
Habitations d'Aragon-Jogues (Les) (organisme transféré à la section autres organismes)	19 679 $	20 151 $	-	
Habitations Oasis de Pointe St-Charles inc. (Les)	42 690 $	43 715 $	44 764 $	
Impact - Groupe d'aide en santé mentale	180 426 $	184 756 $	189 190 $	
Ma chambre inc.	207 179 $	212 151 $	217 243 $	
Maison des amis du Plateau Mont-Royal inc. (La)	185 273 $	189 720 $	194 273 $	
Maison Le parcours inc.	208 420 $	213 422 $	218 544 $	
Maison L'échelon inc.	415 572 $	425 546 $	435 759 $	
Maison L'éclaircie de Montréal	450 415 $	461 225 $	472 294 $	
Maison Les étapes inc.	1 656 828 $	1 696 592 $	1 737 310 $	
Maison M.G.R. (La) (Fusion avec le Mûrier inc. (Le))	299 100 $	-	-	
Maison St-Dominique	260 467 $	266 718 $	273 119 $	
Maison St-Jacques inc.	722 503 $	739 843 $	757 599 $	
Mûrier inc. (Le)	148 703 $	458 550 $	469 555 $	
P.R.I.S.E II (Programme éducatif de revalorisation individuelle, sociale) inc.	610 015 $	624 655 $	639 647 $	
Parentrie du nord de Montréal (La)	133 051 $	136 175 $	139 443 $	
Parents et amis du bien-être mental du Sud-Ouest de Montréal	138 319 $	141 569 $	144 967 $	
Parrainage civique de la banlieue Ouest de Montréal	222 061 $	219 014 $	224 086 $	
Parrainage civique de l'Est de l'Île de Montréal	142 115 $	145 526 $	149 019 $	
Perspective communautaire en santé mentale (W.I.)	362 151 $	370 842 $	379 743 $	
Pracom inc.	310 635 $	318 090 $	325 724 $	
Programme intervention et recherche psycauses inc. (Diogène)	773 311 $	791 871 $	810 876 $	
Projet P.A.L. inc.	376 694 $	385 735 $	394 993 $	
Projet suivi communautaire	625 502 $	640 514 $	655 886 $	
Projets P.A.R.T.	275 919 $	282 541 $	289 322 $	
Relax-Action Montréal	566 376 $	579 969 $	593 888 $	
Répit « une heure pour moi » inc.	109 395 $	112 020 $	114 709 $	
Répit-Ressource de l'Est de Montréal	102 160 $	126 716 $	107 123 $	
Ressources communautaires OMÉGA	601 790 $	616 233 $	631 023 $	
RSDO Regroupement des séparées, séparés et divorcées, divorcés de l'Ouest	-	21 891 $	22 416 $	
Services communautaires Cyprès	486 790 $	498 473 $	510 436 $	
Société québécoise de la schizophrénie	110 391 $	113 040 $	115 753 $	
Suicide - Action Montréal inc.	787 171 $	836 952 $	945 946 $	
Suivi communautaire Le Fil	707 520 $	724 501 $	741 889 $	
Tel Aide	106 070 $	108 616 $	111 223 $	
Tel-Écoute	108 503 $	111 107 $	113 774 $	
Tracom inc.	1 333 906 $	1 365 920 $	1 398 702 $	
Vers L'équilibre (ancien nom : Centre de la Croix Blanche de Montréal (Le))	373 072 $	382 026 $	391 195 $	
TOTAL	**27 508 203 $**	**28 291 541 $**	**28 991 312 $**	**91**

	SUBVENTIONS 2010-2011	SUBVENTIONS 2011-2012	SUBVENTIONS 2012-2013	NB ORGANISMES FINANCÉS EN 2012-2013
Santé physique				
Amicale des diabétiques de l'Hôpital Notre-Dame	21 467 $	21 982 $	22 510 $	
Association de la fibromyalgie région Île-de-Montréal	29 519 $	30 227 $	30 952 $	
Association d'entraide et d'arthrite de l'Ouest-de-l'Île de Montréal inc.	10 000 $	10 240 $	10 486 $	
Épilepsie Montréal métropolitain	33 940 $	34 755 $	35 589 $	
Société canadienne de la sclérose en plaques (section Montréal)	54 407 $	55 713 $	57 050 $	
Société Parkinson du Grand Montréal	11 605 $	11 884 $	12 169 $	
TOTAL	**160 938 $**	**164 801 $**	**168 756 $**	**6**
Troubles envahissants du développement				
Autisme et troubles envahissants du développement Montréal	566 622 $	577 821 $	590 963 $	
Centre Didache (Le)	68 307 $	69 946 $	79 775 $	
TOTAL	**634 929 $**	**647 767 $**	**670 738 $**	**2**
Sida				
C.A.C.T.U.S. Montréal	1 191 266 $	1 218 281 $	1 230 734 $	
Centre associatif polyvalent d'aide Hépatite C (CAPAHC)	16 320 $	16 712 $	17 113 $	
Centre d'action Sida Montréal	98 624 $	100 991 $	103 415 $	
Corporation Félix Hubert d'Hérelle (La)	708 203 $	722 519 $	737 179 $	
Dopamine	333 271 $	358 440 $	386 629 $	
Fondation d'aide directe - Sida Montréal	86 921 $	89 007 $	101 247 $	
Groupe d'action pour la prévention de la transmission du VIH et l'éradication du sida (GAP-VIES)	192 588 $	225 846 $	234 873 $	
Groupe d'entraide à l'intention des personnes séropositives et itinérantes	123 660 $	116 218 $	111 253 $	
Hébergements de l'envol (Les)	263 729 $	285 058 $	276 539 $	
Maison du parc inc.	293 574 $	299 919 $	306 416 $	
Maison plein cœur	226 845 $	233 796 $	288 689 $	
RÉZO (Santé et mieux-être des hommes gais et bisexuels)	647 835 $	549 774 $	653 156 $	
Sida bénévoles - Montréal	166 826 $	191 598 $	261 037 $	
Sidalys	1 018 735 $	1 040 938 $	1 063 674 $	
Spectre de rue inc.	456 511 $	596 973 $	612 940 $	
Stella, l'amie de maimie	180 505 $	195 853 $	262 671 $	
Unité d'intervention mobile l'anonyme inc. (L')	233 809 $	249 142 $	268 494 $	
TOTAL	**6 239 222 $**	**6 491 065 $**	**6 916 059 $**	**17**
Autres organismes				
Action pour la solidarité, l'équité, l'environnement et le développement (ASEED)	27 920 $	80 000 $	41 345 $	
Action solidarité Grand Plateau	11 767 $	18 705 $	14 767 $	
Action-Gardien, Table de concertation communautaire de Pointe-Saint-Charles	56 767 $	60 139 $	65 767 $	
Alternatives, Réseau d'action et de communication pour le développement international	-	12 000 $	-	
Amitié soleil inc.	1 000 $	1 000 $	1 000 $	
Association d'entraide Le Chaînon inc.	104 909 $	112 772 $	103 746 $	
Association des résidents de la Maison Lucie-Bruneau	33 478 $	34 281 $	35 104 $	
Association dysphasie +	33 159 $	33 955 $	6 144 $	
Association québécoise pour la réadaptation psychosociale	15 000 $	7 000 $	-	
Association sportive et communautaire du Centre-Sud inc.	24 706 $			
Association québécoise pour la promotion de la santé des pers. utilisatrices de drogue	-	-	67 635 $	
Associés de l'entretien ménager (Les)		6 134 $		
Ateliers d'éducation populaire du Plateau	1 000 $	1 000 $	1 000 $	
Boscoville 2000	*	2 905 967 $	2 975 710 $	
Brises de Lachine (Les)	33 200 $	33 997 $	34 813 $	
CARI St-Laurent	1 000 $	1 000 $	1 000 $	
Carrefour des petits soleils inc. (Le)	1 000 $	1 000 $	1 000 $	
Carrefour familial les Pitchou	1 000 $	1 000 $	1 000 $	
Carrousel du ptit monde d'Anjou (Le)	1 000 $	1 000 $	1 000 $	
CCSE Maisonneuve	-	-	4 000 $	

	SUBVENTIONS 2010-2011	SUBVENTIONS 2011-2012	SUBVENTIONS 2012-2013	NB ORGANISMES FINANCÉS EN 2012-2013
CDC de la Pointe, région Est de Montréal (La)	61 267 $	54 639 $	69 267 $	
Centre communautaire Dawson	1 000 $	1 000 $	1 000 $	
Centre de consultation catholique de Montréal inc.	1 000 $	-	-	
Centre de distribution d'aides techniques « Matériel et Équipement » pour personne pathologiquement obèse du Québec inc.	58 524 $	59 929 $	61 367 $	
Centre de Gestion des déplacements du centre-ville de Montréal	-	10 000 $	-	
Centre de promotion communautaire Le phare inc.	1 000 $	1 000 $	1 000 $	
Centre de recherche et d'aide pour narcomanes de Montréal CRAN inc.	-	41 151 $	29 899 $	
Centre d'intégration Multi-services de l'Ouest-de-l'Île (C.I.M.O.I.)	1 000 $	1 000 $	1 000 $	
Centre haïtien d'action familiale	1 000 $	1 000 $	1 000 $	
Centre Yee-Kang pour les personnes âgées	21 836 $	22 360 $	22 897 $	
Chambrenfleur inc.	28 388 $	29 070 $	29 767 $	
Chambreville Montréal	48 938 $	50 113 $	51 316 $	
Chemin De La Côte	15 179 $	15 543 $	15 916 $	
Clinique médicale du quartier	-	-	25 000 $	
Clinique médicale l'Actuel inc.	-	-	25 000 $	
Coalition de la Petite-Bourgogne / Quartier en santé	43 767 $	57 139 $	66 767 $	
Comité de logement de la Petite-Patrie inc.	14 767 $	-	-	
Comité de revitalisation	50 000 $	-	-	
Comité des organismes sociaux de Saint-Laurent	86 267 $	23 205 $	19 267 $	
Comité régional des associations pour la déficience intellectuelle (Région 06-A)	10 000 $	10 000 $	10 000 $	
Comité surveillance Louis-Riel	8 000 $	50 000 $	-	
Comité ZIP Jacques-Cartier	-	10 000 $	-	
Concert'Action Lachine	46 267 $	23 205 $	69 267 $	
Concertation en développement social de Verdun	56 267 $	89 639 $	69 267 $	
Concertation jeunesse Hochelaga-Maisonneuve	184 585 $	-	-	
Concertation Saint-Léonard	-	1 000 $	69 267 $	
Concertation Ville-Emard et Côte St-Paul	19 767 $	26 705 $	22 767 $	
Conférence régionale des élus de Montréal	-	167 000 $	100 000 $	
Conseil communautaire de Côte-des-Neiges et Snowdon	11 767 $	18 705 $	14 767 $	
Conseil local des intervenants communautaires de Bordeaux-Cartierville (C.L.I.C.)	51 767 $	55 139 $	64 767 $	
Conseil pour le développement local et communautaire d'Hochelaga-Maisonneuve	10 767 $	17 705 $	13 767 $	
Conseil québécois sur le tabac et la santé	72 800 $	72 800 $	72 800 $	
Conseil régional de l'environnement de Montréal	20 000 $	20 000 $	20 000 $	
Coopérative de solidarité Les serres du dos blanc	-	-	10 000 $	
Coopérative de Solidarité Novaide	-	12 913 $	-	
Corporation de développement communautaire de Rivière-des-Prairies	15 267 $	22 205 $	18 267 $	
Corporation de développement communautaire de Rosemont inc.	71 767 $	82 196 $	93 824 $	
Corporation de développement communautaire du Centre-Sud de Montréal	43 767 $	57 139 $	66 767 $	
Coup de balais inc.	-	5 920 $	-	
Demeures Sainte-Croix, Phase III inc.	20 996 $	21 500 $	22 016 $	
Dianova Canada inc.	39 350 $	65 376 $	89 622 $	
Eco-quartier Cartierville	35 000 $	30 000 $	50 000 $	
Entraide Grands brûlés	10 000 $	-	-	
Entre parents de Montréal-Nord inc.	1 000 $	1 000 $	1 000 $	
Escale famille Le triolet	1 000 $	1 000 $	1 000 $	
Espace-Famille Villeray	1 000 $	1 000 $	1 000 $	
Éveil de Pointe Saint-Charles (Montréal) (L')	16 796 $	17 199 $	17 612 $	
Ex æquo	57 490 $	53 750 $	115 040 $	
FADOQ-région île de Montréal	65 000 $	65 000 $	20 000 $	
Famijeunes	1 000 $	1 000 $	1 000 $	
Familles en action	1 000 $	1 000 $	1 000 $	
Fédération des OSBL d'habitation de Montréal (FOHM) inc.	104 979 $	107 498 $	110 078 $	
Fédération québecoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle	*	1 186 529 $	1 215 006 $	

	SUBVENTIONS 2010-2011	SUBVENTIONS 2011-2012	SUBVENTIONS 2012-2013	NB ORGANISMES FINANCÉS EN 2012-2013
Fondation de l'université du Québec à Montréal	-	10 000 $	-	
Fonds dédié à l'habitation communautaire de Montréal	15 747 $	16 125 $	16 512 $	
Grande vadrouille inc. (La)	-	6 122 $	-	
Groupe d'entraide maternelle de la petite Patrie (G.E.M.) (Le)	1 000 $	1 000 $	1 000 $	
Groupe Itinérance et travail de Montréal inc.	-	-	56 605 $	
Habitation Communautaire de la Banlieue Ouest	30 925 $	31 667 $	32 427 $	
Habitations adaptées et accessibles Tango (Les)	335 000 $	167 500 $	502 500 $	
Habitations communautaires de Côte-des-Neiges (Les)	31 494 $	32 250 $	33 024 $	
Habitations Communautaires Mainbourg (Les)	20 996 $	21 500 $	22 016 $	
Habitations d'Aragon-Jogues (Les)	-	-	20 635 $	
Habitations La Traversée	27 332 $	27 988 $	28 660 $	
Habitations populaires de Parc-Extension	33 097 $	74 851 $	76 647 $	
Halte - Répit Hochelaga-Maisonneuve	2 630 $	1 000 $	1 000 $	
Hirondelle, Services d'accueil et d'intégration des immigrants (L')	1 000 $	8 000 $	1 000 $	
Impatients (Les)	-	5 000 $	-	
Institut de recherche du Centre universitaire de santé de McGill (L')	-	289 998 $	126 678 $	
Institut du nouveau monde	-	-	100 000 $	
Intégration jeunesse du Québec inc.	-	32 095 $	32 399 $	
Inter-action du quartier Peter McGill	-	12 267 $	14 267 $	
Jeunes explorateurs d'un jour	-	16 000 $	29 174 $	
Logis-Rap	15 747 $	16 125 $	16 512 $	
Maison à petits pas (La)	1 000 $	1 000 $	1 000 $	
Maison de la famille de Saint-Léonard	1 000 $	1 000 $	1 000 $	
Maison de la famille Pierre Bienvenue Noailles	1 000 $	1 000 $	1 000 $	
Maison des aînés Hochelaga-Maisonneuve (La) (organisme transféré de la catégorie maintien à domicile)	-	-	22 016 $	
Maison des familles de LaSalle	1 000 $	1 000 $	1 000 $	
Maison des familles de Verdun inc.	1 000 $	1 000 $	1 000 $	
Maison des parents de Bordeaux-Cartierville (La)	1 000 $	1 000 $	1 000 $	
Maisonnette Sud-Ouest (La)	45 000 $	7 042 $		
Médecins du monde	100 000 $	145 740 $	172 147 $	
Mercier-Ouest Quartier en santé	47 767 $	51 139 $	51 767 $	
Mise au jeu	-	15 000 $	-	
Montréal-Nord en santé	-	-	119 267 $	
Phare, enfants et familles (Le)	*	2 000 000 $	2 000 000 $	
Plumeau, chiffon et compagnie	-	54 769 $	-	
Porte de l'Amitié (La)	6 719 $	6 880 $	7 045 $	
Prévention Sud-Ouest	35 000 $	-	-	
Projets Autochtones du Québec (organisme transféré à la catégorie maisons d'hébergement pour hommes en difficulté)	30 000 $	30 720 $	-	
R.O.C.H.A. (Regroupement des organismes communautaires et humanitaires d'Anjou)	16 267 $	23 205 $	19 267 $	
RSEQ Montréal	-	-	4 400 $	
Regroupement des Magasins-Partages de l'île de Montréal	12 411 $	12 709 $	13 014 $	
Regroupement des organismes de promotion du Montréal métropolitain	10 000 $	10 000 $	10 000 $	
Regroupement des tables de concertation de la Petite-Patrie		15 767 $	17 767 $	
Regroupement Information logement de Pointe-Saint-Charles	28 960 $	29 655 $	30 367 $	
Regroupement maison Jean Lapointe et pavillons du nouveau point de vue	250 000 $	250 000 $	250 000 $	
Relance-jeunes et familles (RJF) inc. (La)	1 000 $	1 000 $	1 000 $	
Repère (relation d'entraide pour une paternité renouvelée)	-	1 000 $	1 000 $	
Réseau réussite Montréal	-	10 000 $	-	
Résidence de l'Académie	83 715 $	85 725 $	87 783 $	
Résidence Le Grand Âge	14 697 $	15 050 $	15 411 $	
Services communautaires catholiques (FCCS) inc. (Les)	-	1 000 $	1 000 $	
Services d'aide remue-ménage (Les)	-	15 276 $	-	

	SUBVENTIONS 2010-2011	SUBVENTIONS 2011-2012	SUBVENTIONS 2012-2013	NB ORGANISMES FINANCÉS EN 2012-2013
Services West-Nette inc.	-	3 810 $	-	
Société canadienne du cancer	277 914 $	281 476 $	310 563 $	
Société de développement communautaire de Montréal (SODECM)	22 973 $	22 027 $	12 000 $	
Société de verdissement du Montréal Métropolitain	15 000 $	-	-	
Société environnementale de Côte-des-Neiges	-	25 000 $	50 000 $	
Solidarité Ahuntsic	13 767 $	20 705 $	16 767 $	
Solidarité Mercier-Est	50 767 $	52 705 $	78 767 $	
Solidarité Saint-Henri	62 767 $	56 139 $	70 767 $	
Solidarités Villeray	26 767 $	18 705 $	14 767 $	
Studios Ville-Marie (Les)	31 494 $	32 250 $	33 024 $	
Table de concertation du Faubourg Saint-Laurent	56 767 $	50 139 $	35 242 $	
Table de concertation en violence conjugale de Montréal	113 500 $	80 163 $	90 063 $	
Table de développement social de LaSalle	61 267 $	54 639 $	49 267 $	
Table de quartier du Nord-Ouest de l'île de Montréal	11 267 $	18 204 $	14 267 $	
Table des groupes de femmes de Montréal	-	10 000 $	-	
Toits de Mercier (Les)	31 494 $	32 250 $	33 024 $	
Un itinéraire pour tous	136 591 $	134 315 $	-	
Un toit pour toi inc.	25 533 $	26 146 $	26 773 $	
Une place pour rester	24 812 $	25 408 $	26 017 $	
Vélo-Québec	22 000 $	30 000 $	19 000 $	
Vivre en ville : le regroupement pour le développement urbain, rural et villageois viable	-	10 000 $	-	
Vivre St-Michel en santé	96 767 $	23 705 $	19 767 $	
VRAC Environnement groupe d'action et de recherche en d'action et de recherche en développement durable	-	-	50 000 $	
TOTAL	**4 042 189 $**	**10 537 173 $**	**11 025 777 $**	**119**
GRAND TOTAL	**103 978 529 $**	**115 207 123 $**	**120 850 823$**	**655**
		** Moins organismes financés dans deux catégories		**(7)**
		Nombre total d'organismes financés par l'Agence de Montréal au 31 mars 2013		**648**

*Classé dans une autre catégorie au cours des exercices antérieurs

5.4 Les états financiers de l'Agence

5.4.1. Évolution du fonds d'exploitation

Au cours de l'exercice financier 2012-2013, les revenus du fonds d'exploitation ont augmenté de 3,4 M$ et sont maintenant de l'ordre de 37,1 M$. Les dépenses ont également augmenté de 3,4 M$ pour s'établir à 38,0 M$. L'augmentation des revenus et des dépenses résulte principalement du renouvellement du bail du 1301, rue Sherbrooke Est pour lequel l'Agence a reçu un revenu additionnel provenant du MSSS. Il s'agit d'une augmentation récurrente de 1,7 M$ et non récurrente de 0,8M$ relative aux coûts du loyer, pour un total de 2,5 M$. Par ailleurs, on note une augmentation des revenus provenant du Fonds de santé au travail et des dépenses en Santé au travail d'environ 0,9 M$.

L'état du solde de fonds démontre que l'excédent des charges sur les revenus de 0,9 M$ est comblé les transferts interfonds. Ainsi, nous notons une augmentation du solde de fonds d'environ 200 000$. L'excédent dégagé provient principalement de la réduction des dépenses de frais de déplacement, des dépenses de transfert et des transferts au fonds d'immobilisation.

5.4.2 Rapport de la direction

Le rapport financier annuel du 31 mars 2013, lequel inclut les états financiers, a été complété par la direction de l'agence qui est responsable de sa préparation et de sa présentation fidèle, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées qui respectent les Normes comptables canadiennes pour le secteur public ainsi que les particularités prévues au Manuel de gestion financière édicté en vertu de l'article 477 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôle interne qu'elle considère nécessaire. Celui-ci fournit l'assurance raisonnable que les biens sont protégés, que toutes les opérations sont comptabilisées adéquatement et au moment opportun, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire de l'information financière et non financière fiable.

La direction reconnaît qu'elle est responsable de gérer les affaires de l'agence conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le conseil d'administration surveille la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et non financière et il a approuvé les états financiers. Il est assisté dans ses responsabilités par le comité de vérification. Ce comité rencontre la direction et l'auditeur, examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

Les états financiers, inclus sous la section auditée du rapport financier annuel, ont été audités par l'auditeur dûment mandaté pour se faire conformément aux Normes canadiennes d'audit. Son rapport expose la nature et l'étendue de cet audit ainsi que l'expression de son opinion. L'auditeur peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne son audit.

Danielle McCann
Présidente-directrice générale

Vincent Lehouillier
Directeur du secrétariat général, de l'administration, des ressources humaines et des communications

5.4.3 Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés

Aux membres du Conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent les bilans et soldes de fonds du fonds d'exploitation, du fonds des activités régionalisées, du fonds d'immobilisations et du fonds affectés cumulés au 31 mars 2013, et les états des résultats du fonds d'exploitation, du fonds des activités régionalisées, du fonds d'immobilisations et du fonds affectés cumulés pour l'exercice terminé à cette date, ainsi que les notes annexes, sont tirés des états financiers audités de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal pour l'exercice terminé le 31 mars 2013. Les états financiers résumés comprennent également un état de l'allocation de l'enveloppe régionale des crédits au 31 mars 2013. Nous avons exprimé une opinion avec réserve sur ces états financiers dans notre rapport daté du 5 juillet 2013 (voir ci-dessous).

Les états financiers résumés ne contiennent pas toutes les informations requises par les Normes comptables canadiennes pour le secteur public. La lecture des états financiers résumés ne saurait par conséquent se substituer à la lecture des états financiers audités de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

Responsabilité de la direction pour les états financiers résumés

La direction est responsable de la préparation d'un résumé des états financiers audités, sur la base des critères décrits aux paragraphes 385.7 et 391 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux mise à jour au 1er juin 2013 (« critères »).

Responsabilité de l'auditeur

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers résumés, sur la base des procédures que nous avons mises en œuvre conformément à la Norme canadienne d'audit (« NCA ») 810, « Missions visant la délivrance d'un rapport sur des états financiers résumés ».

Opinion avec réserve

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal pour l'exercice terminé le 31 mars 2013 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, sur la base des critères ci-dessus mentionnés. Cependant, les états financiers résumés comportent des anomalies équivalentes à celles des états financiers audités de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal pour l'exercice terminé le 31 mars 2013.

Les anomalies que comportent les états financiers audités sont décrites dans notre opinion avec réserve formulée dans notre rapport daté du 5 juillet 2013. Notre opinion avec réserve est fondée sur les faits suivants :

Tel qu'exigé par le ministère de la Santé et des Services sociaux, les contrats de location d'immeubles conclus entre l'Agence et la Société immobilière du Québec sont comptabilisés comme étant des contrats de location-exploitation alors que la note d'orientation NOSP-2, « Immobilisations corporelles louées » du Manuel de l'Institut Canadien des Comptables Agréés, il s'agit plutôt de contrats de location-acquisition. Cette situation nous conduit donc à exprimer une opinion d'audit modifiée sur les états financiers de l'exercice courant, comme nous l'avions fait pour les états financiers de l'exercice précédent. Les incidences de cette dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers au 31 mars 2013 et au 31 mars 2012 n'ont pu être déterminées au prix d'un effort raisonnable.

Notre opinion avec réserve indique que, à l'exception des incidences du problème décrit, ces états financiers résumés donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal au 31 mars 2013, ainsi que des résultats de ses activités pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Autre point

Les états financiers au 31 mars 2012 et pour l'exercice terminé à cette date ont été audités par un autre auditeur indépendant qui a émis une opinion modifiée le 18 juin 2012 sur les états financiers pour les raisons décrites dans le paragraphe « Fondement de l'opinion avec réserve » et pour la non-comptabilisation des passifs afférents aux obligations envers les employés en congé parental et se prévalent de l'assurance salaire. Les états financiers de l'exercice terminé le 31 mars 2012 ont été retraités pour corriger cette dérogation.

De plus, sans pour autant modifier notre opinion, nous attirons l'attention sur la note 4 qui décrit le redressement aux états financiers de 2012.

Deloitte s.e.n.c.r.l.[1]

Le 26 septembre 2013

---

[1] CPA auditeur, CA, permis de comptabilité publique n° A110078

Tableau 28 : États des résultats

	EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2013					EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2012				
	RÉSULTATS TOTAUX (EN $)					RÉSULTATS TOTAUX (EN $)				
	Fonds d'exploitation	Fonds des activités régionalisées	Fonds d'immobilisations	Fonds affectés cumulés	Total des fonds	Fonds d'exploitation	Fonds des activités régionalisées	Fonds d'immobilisations	Fonds affectés cumulés	Total des fonds
REVENUS										
MSSS	25 518 967 $	50 003 947 $	22 779 840$	95 704 428$	194 007 182$	23 483 888$	46 465 520$	64 631 238$	94 339 381$	228 920 027$
Gouvernement du Canada	66 666	-	15 719 938	-	15 786 604	66 666	-	11 590 993	-	11 657 659
Contributions des établissements	-	8 048 568	-	-	8 048 568	-	7 110 984	-	-	7 110 984
Ventes de services et recouvrements	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Revenus de placements	22 668	75 252	109 423	87 020	294 363	33 466	134 234	184 385	86 680	438 765
Revenus commerciaux	-	-	-	-	-	69 339	-	-	-	69 339
Gains sur dispositions d'immobilisations	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Autres	11 499 066	7 308 023	2 702 803	459 256	21 969 148	10 098 060	6 407 216	1 336 830	468 030	18 310 136
TOTAL	**37 107 367**	**65 435 790**	**41 312 004**	**96 250 704**	**240 105 865**	**33 751 419**	**60 117 954**	**77 743 446**	**94 894 091**	**266 506 910**
CHARGES										
Salaires	12 453 404	4 858 736	562 279	238 684	18 113 103	12 624 766	4 863 331	463 553	323 570	18 275 220
Avantages sociaux	3 608 092	1 177 378	-	19 946	4 805 416	3 482 556	1 325 690	-	11 740	4 819 986
Charges sociales	1 781 422	694 932	-	15 562	2 491 916	1 743 711	694 236	-	6 228	2 444 175
Services achetés	1 847 954	45 051 687	314 691	216 287	47 430 619	1 606 434	38 984 373	1 160 089	96 087	41 846 983
Frais financiers	-	-	16 284 446	-	16 284 446	-	-	18 411 185	-	18 411 185
Loyers	6 914 573	1 686 760	-	-	8 601 333	4 599 729	1 305 463	-	-	5 905 192
Perte sur disposition d'immobilisations	-	-	592	-	592	-		-	-	-
Amortissement des immobilisations	-	-	28 800 258	-	28 800 258	-		24 317 208	-	24 317 208
Créances douteuses	-	5 911	-	-	5 911	-	-	-	-	-
Dépenses de transfert	10 512 437	6 257 008	-	95 816 060	112 585 505	9 639 407	6 948 755	-	93 227 600	109 815 762
Autres charges	948 775	512 040	796 656	61 733	2 319 204	889 688	801 150	38 879 599	28 130	40 598 567
Charges extraordinaires	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	**38 066 657**	**60 244 452**	**46 758 922**	**96 368 272**	**241 438 303**	**34 586 291**	**54 922 998**	**83 231 634**	**93 693 355**	**266 434 278**
EXCÉDENT (DÉFICIT)	(959 290) $	5 191 338 $	(5 446 918)$	(117 568)$	(1 332 438)$	(834 872)$	5 194 956$	(5 488 188)$	1 200 736$	72 632$

Tableau 29 : Soldes de fonds

	EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2013					EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2012				
	SOLDE DE FONDS TOTAUX (EN $)					SOLDE DE FONDS TOTAUX (EN $)				
	Fonds d'exploitation	Fonds des activités régionalisées	Fonds d'immobilisations	Fonds affectés cumulés	Total des fonds	Fonds d'exploitation	Fonds des activités régionalisées	Fonds d'immobilisations	Fonds affectés cumulés	Total des fonds
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	562 511$	7 532 931$	-$	6 375 589$	14 471 031$	426 692$	8 578 430$	-$	5 393 277$	14 398 399$
ADDITIONS (DÉDUCTIONS)										
Excédent des revenus sur les charges (des charges sur les revenus)	(959 290)	5 191 338	(5 446 918)	(117 568)	(1 332 438)	(834 872)	5 194 956	(5 488 188)	1 200 736	72 632
Transferts interfonds	1 160 088	(6 568 736)	5 446 918	(38 270)	-	970 691	(6 240 455)	5 488 188	(218 424)	-
Autres additions (déductions)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
VARIATION DE L'EXERCICE	**200 798**	**(1 377 398)**	**-**	**(155 838)**	**(1 332 438)**	**135 819**	**(1 045 499)**	**-**	**982 312**	**72 632**
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN	763 309$	6 155 533$	-$	6 219 751$	13 138 593$	562 511$	7 532 931$	-$	6 375 589$	14 471 031$

Tableau 30 : Bilans

	EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2013					EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2012				
	BILANS TOTAUX (EN $)					BILANS TOTAUX (EN $)				
ACTIF	Fonds d'exploitation	Fonds des activités régionalisées	Fonds d'immobilisations	Fonds affectés cumulés	Total des fonds	Fonds d'exploitation	Fonds des activités régionalisées	Fonds d'immobilisations	Fonds affectés cumulés	Total des fonds
Encaisse	1 448 777$	(2 719 785)$	7 530 323$	7 743 957$	14 003 272$	-$	14 686 765$	23 285 661$	5 897 920$	43 870 346$
Placements temporaires	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Débiteurs MSSS et FINESSS	1 305 639	18 395 138	7 379	2 866 874	22 575 030	358 696	1 357 198	8 847	2 706 430	4 431 171
Autres débiteurs	839 123	3 886 125	5 130 594	936 469	10 792 311	2 651 035	2 107 954	6 649 873	1 097 129	12 505 991
Avances de fonds aux agences et aux établissements publics	-	-	152 006 788	-	152 006 788	-	-	154 829 181	-	154 829 181
Charges payées d'avance	412 703	723 362	-	-	1 136 065	293 035	833 546	-	-	1 126 581
Stocks de fournitures	63 687	236 998	-	-	300 685	61 212	261 591	-	-	322 803
Créances interfonds	-	12 820	-	-	12 820	-	-	-	-	-
Immobilisations	-	-	218 143 844	-	218 143 844	-	-	217 556 897	-	217 556 897
Subvention à recevoir-réforme comptable	2 231 300	464 169	334 072 680	8 637	336 776 786	2 523 203	473 359	369 124 058	12 598	372 133 218
Placements de portefeuilles	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Frais reportés liés aux dettes	-	-	622 110	-	622 110	-	-	748 393	-	748 393
Autres éléments d'actif	86 450	293 139	-	-	379 589	-	70 463	-	-	70 463
TOTAL DE L'ACTIF	**6 387 679**	**21 291 966**	**717 513 718**	**11 555 937**	**756 749 300**	**5 887 181**	**19 790 876**	**772 202 910**	**9 714 077**	**807 595 044**
PASSIF										
Découvert de banque	-	307 673	-	-	307 673	185 708	-	-	-	185 708
Emprunts temporaires	-	-	218 022 313	-	218 022 313	-	-	215 693 992	-	215 693 992
Intérêts courus à payer	-	-	2 415 383	-	2 415 383	-	-	2 624 405	-	2 624 405
Créditeurs MSSS	-	1 472 294	-	-	1 472 294	-	-	-	-	-
Créditeurs et autres charges à payer	2 652 194	10 284 612	14 824 812	5 317 472	33 091 910	1 233 959	10 779 723	24 621 813	3 278 371	39 913 866
Dettes interfonds	12 820	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Passif au titre des avantages sociaux futurs	2 412 072	654 262	224 625	18 714	3 309 673	2 390 056	640 272	258 935	8 637	3 297 900
Avances de fonds en provenance des agences et des établissements publics	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Revenus reportés	547 284	2 417 592	160 505 312	-	163 470 188	1 514 947	746 458	169 008 189	51 480	171 321 074
Dettes à long terme	-	-	321 141 685	-	321 141 685	-	-	359 925 113	-	359 925 113
Passifs environnementaux	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Autres éléments	-	-	379 588	-	379 588	-	91 492	70 463	-	161 955
TOTAL PASSIF	**5 624 370**	**15 136 433**	**717 513 718**	**5 336 186**	**743 610 707**	**5 324 670**	**12 257 945**	**772 202 910**	**3 338 488**	**793 124 013**
SOLDE DE FONDS	**763 309**	**6 155 533**	**-**	**6 219 751**	**13 138 593**	**562 511**	**7 532 931**	**-**	**6 375 589**	**14 471 031**
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS	**6 387 679$**	**21 291 966$**	**717 513 718$**	**11 555 937$**	**756 749 300$**	**5 887 181$**	**19 790 876$**	**772 202 910$**	**9 714 077$**	**807 595 044$**

Tableau 31 : État d'allocation de l'enveloppe régionale des crédits

	EXERCICE COURANT (EN $)	EXERCICE PRÉCÉDENT (EN $)
ENVELOPPE RÉGIONALE		
Montant de l'enveloppe régionale finale (nette) 2012-2013 inscrit dans le système SBF-R	6 204 778 673$	6 034 226 627$
AFFECTATION DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE		
Allocations aux établissements	5 995 955 154	5 821 850 096
Allocations aux organismes communautaires	113 465 255	108 965 692
Allocations à d'autres organismes	28 975 147	30 533 755
Montant des allocations de l'enveloppe régionale inscrites dans le système SBF-R	6 138 395 556	5 961 349 543
Montant engagé au formulaire budgétaire de l'Agence ayant un impact à l'enveloppe régionale finale	46 826 398	60 752 046
Autres	144 000	156 300
TOTAL	6 185 365 954	6 022 257 889
Excédent de l'enveloppe régionale sur les affectations avant prévision des comptes à payer	19 412 719	11 968 738
Comptes à payer inscrits en fin d'exercice pour les établissements publics		
- Comptes à payer signifiés	1 235 195	9 743 801
- Comptes à payer non signifiés	386 542	-
Comptes à payer inscrits en fin d'exercice pour les organismes autres que les établissements publics		
- Comptes à payer signifiés	17 170 278	1 259 992
- Comptes à payer non signifiés	512 571	849 393
TOTAL des comptes à payer inscrits en fin d'exercice dans le système SBF-R	19 304 586	11 853 186
Comptes à fin déterminée reportés à l'enveloppe régionale de l'exercice subséquent		115 552
EXCÉDENT DE L'ENVELOPPE SUR LES AFFECTATIONS	108 133$	-$

Notes aux états financiers

1. STATUT ET NATURE DES OPÉRATIONS

L'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal a été constituée le 1er janvier 2006 en corporation par lettres patentes sous l'autorité de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (chapitre S-4.2). Elle a pour mandat d'exercer les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de sa région, particulièrement en matière de financement, de ressources humaines et de services spécialisés, tel que décrit à l'article 340 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LRQ S-4.2).

Le siège social de l'Agence est situé au 3725, rue Saint-Denis à Montréal, au Québec. En vertu des lois fédérales et provinciales de l'impôt sur le revenu, l'Agence n'est pas assujettie aux impôts sur le revenu.

2. DESCRIPTION DES PRINCIPALES MÉTHODES COMPTABLES

Référentiel comptable

Ce rapport financier annuel est établi conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public, à l'exception de l'élément suivant :

- Les immeubles loués auprès de la Société immobilière du Québec (SIQ) sont comptabilisés comme une location-exploitation au lieu d'une location-acquisition, ce qui n'est pas conforme à la note d'orientation No. 2 des Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Utilisation d'estimations

La préparation du rapport financier annuel exige que la direction ait recours à des estimations et à des hypothèses. Ces dernières ont une incidence à l'égard de la comptabilisation des actifs et des passifs, de la présentation des actifs et passifs éventuels à la date des états financiers, ainsi que la comptabilisation des produits et des charges au cours de la période visée par le rapport financier annuel. Parmi les principales composantes exigeant de la direction qu'elle établisse des estimations figurent la durée de vie utile des immobilisations et les charges à payer. Les résultats réels peuvent différer des meilleures prévisions faites par la direction.

Comptabilité d'exercice

La comptabilité d'exercice est utilisée tant pour l'information financière que pour les données quantitatives non financières.

Périmètre comptable

Le périmètre comptable de l'Agence comprend toutes les opérations, activités et ressources qui sont sous son contrôle, excluant tous les soldes et opérations relatifs aux biens en fiducie détenus.

Revenus

Les revenus sont comptabilisés selon la méthode de la comptabilité d'exercice, c'est-à-dire dans l'année au cours de laquelle ont eu lieu les opérations ou les faits leur donnant lieu. De façon plus spécifique :

Les subventions (transferts) en provenance du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) ou d'autres ministères, organismes budgétaires ou de fonds spéciaux du gouvernement du Québec ou du gouvernement du Canada, sont constatées et comptabilisées aux revenus dans l'année financière au cours de laquelle elles sont dûment autorisées par le cédant et que les critères d'admissibilité ont été respectés par l'Agence, sauf lorsque la subvention (transfert) crée une obligation répondant à la définition d'un passif pour l'Agence. Ceci est notamment le

cas lorsque la subvention (le transfert) est assortie de stipulations à respecter imposées par le cédant. L'Agence comptabilise alors un revenu reporté qui est amorti au fur et à mesure que les stipulations sont rencontrées.

Les sommes en provenance d'une entité hors du périmètre comptable du gouvernement du Québec sont constatées et comptabilisées comme revenus dans l'exercice au cours duquel elles sont utilisées aux fins prescrites en vertu d'une entente (nature de la dépense, utilisation prévue ou période pendant laquelle les dépenses devront être engagées). Les sommes reçues, avant qu'elles soient utilisées, doivent être présentées à titre de revenus reportés jusqu'à ce que lesdites sommes soient utilisées aux fins prescrites dans l'entente.

Lorsque les sommes reçues excèdent les coûts de la réalisation du projet ou de l'activité, selon les fins prescrites à l'entente, cet excédent doit être inscrit comme revenu dans l'exercice au cours duquel l'activité ou le projet est terminé, sauf si l'entente prévoit l'utilisation du solde, le cas échéant, à d'autres fins prescrites. De même, si une nouvelle entente écrite est conclue entre les parties, il est possible de comptabiliser un revenu reporté, si cette entente prévoit les fins pour lesquelles le solde doit être utilisé.

Revenus d'intérêts

Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements sont partie intégrante de chacun des fonds et, dans le cas spécifique du fonds d'exploitation, sont répartis entre les activités principales et les activités accessoires.

Autres revenus

Les sommes reçues par dons, legs, subvention ou autre forme de contribution sans condition rattachée, à l'exception des sommes octroyées par le gouvernement du Québec et ses ministères ou par des organismes dont les dépenses de fonctionnement sont assumées par le fonds consolidé du revenu sont comptabilisées aux revenus des activités principales dès leur réception et sont présentées à l'état des résultats du fonds d'exploitation.

Charges inhérentes aux ventes de services

Les montants de ces charges sont déterminés de façon à égaler les montants des revenus correspondants.

Débiteurs

Les débiteurs sont présentés à leur valeur recouvrable nette au moyen d'une provision pour créances douteuses. La dépense pour créances douteuses de l'exercice est comptabilisée aux charges non réparties de l'exercice.

Prêts interfonds

Les prêts interfonds entre le fonds d'exploitation et le fonds d'immobilisations ne comportent aucune charge d'intérêts. Aucun frais de gestion ne peut être chargé par le fonds d'exploitation au fonds d'immobilisations.

Frais d'émission, escompte et prime liés aux emprunts

Les frais d'émission liés aux emprunts sont comptabilisés à titre de frais reportés et sont amortis sur la durée de chaque emprunt selon la méthode linéaire.

L'escompte et la prime sur emprunts sont comptabilisés à titre de frais ou de revenus reportés respectivement et sont amortis selon le taux effectif de chaque emprunt.

Subvention à recevoir sur les dettes financées par le gouvernement (réforme comptable)

La subvention à recevoir (réforme comptable) fait l'objet d'estimations comptables. Au cours de l'exercice, la méthode utilisée a été révisée relativement à la subvention à recevoir pour le financement des immobilisations à la suite de l'expérience acquise au cours des dernières années.

Passifs environnementaux

Les obligations découlant de la réhabilitation de terrains contaminés sous la responsabilité de l'Agence, ou pouvant de façon probable relever de sa responsabilité, sont comptabilisées à titre de passifs environnementaux dès que la contamination survient ou dès qu'elle en est informée.

Les passifs environnementaux comprennent les coûts estimatifs de la gestion et de la réhabilitation des terrains contaminés. L'évaluation de ces coûts est établie à partir de la meilleure information disponible et est révisée annuellement. La variation annuelle est constatée aux résultats de l'exercice.

Relativement à ces obligations, l'Agence comptabilise une subvention à recevoir du gouvernement du Québec, ce dernier ayant signifié sa décision de financer les coûts des travaux de réhabilitation des terrains contaminés existants au 31 mars 2008 et inventoriés au 31 mars 2011, de même que leurs variations survenues au cours des exercices subséquents.

Dettes à long terme

Les emprunts sont comptabilisés au montant encaissé lors de l'émission et ils sont ajustés annuellement de l'amortissement de l'escompte ou de la prime.

Dettes subventionnées par le gouvernement du Québec

Les montants reçus pour pourvoir au remboursement des dettes subventionnées à leur échéance sont comptabilisés aux résultats du fonds auquel ils se réfèrent. Il en est de même pour les remboursements qui sont effectués directement aux créanciers par le ministère des Finances du Québec.
De plus, un ajustement annuel de la subvention à recevoir ou perçue d'avance concernant le financement des immobilisations à la charge du gouvernement est comptabilisé aux revenus de l'exercice du fonds d'immobilisations. Cet ajustement est déterminé par l'Agence à son rapport financier annuel.

Régime de retraite

Les membres du personnel de l'Agence participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), au Régime de retraite des fonctionnaires (RRF) ou au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Ces régimes interentreprises sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès.

La comptabilité des régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestations déterminées gouvernementaux, compte tenu que l'Agence ne dispose pas d'informations suffisantes pour appliquer la comptabilité des régimes à prestations déterminées. Les cotisations de l'exercice de l'Agence envers ces régimes gouvernementaux sont assumées par le MSSS et ne sont pas présentées au rapport financier annuel.

Immobilisations

Les immobilisations acquises sont comptabilisées au coût. Le coût comprend les frais financiers capitalisés pendant la période de construction, d'amélioration ou de développement.

Elles sont amorties linéairement en fonction de leur durée de vie utile, à l'exception des terrains qui ne sont pas amortis :

Catégorie	Durée
Aménagements des terrains	10 à 20 ans
Bâtiments	20 à 50 ans
Améliorations locatives	durée restante du bail (max. 10 ans)
Matériels et équipements	3 à 15 ans
Équipements spécialisés	10 à 25 ans
Matériel roulant	5 ans
Développement informatique	5 ans
Réseau de télécommunication	10 ans
Location-acquisition	durée du bail ou de l'entente

Les immobilisations en cours de construction, en développement ou en mise en valeur ne sont pas amorties avant leur mise en service.

La bâtisse est érigée sur un terrain appartenant à l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal. Ledit terrain est loué à l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal en vertu d'un bail emphytéotique pour une période de 65 ans, échéant le 30 juin 2042.

Frais payés d'avance

Les frais payés d'avance représentent des déboursés effectués avant la fin de l'année financière pour des services à recevoir au cours du ou des prochains exercices financiers. Ils sont imputés aux charges de l'exercice au cours duquel l'Agence consomme effectivement le service.

Stock

Les stocks sont évalués au moindre du coût ou de la valeur de réalisation nette. Le coût est déterminé selon la méthode du coût moyen. Ils sont comptabilisés dans les charges de l'exercice au cours duquel ils sont consommés.

Instruments financiers

Au 1er avril 2012 est entrée en vigueur la norme comptable de l'ICCA pour le secteur public SP 3450 Instruments financiers. Son application implique l'évaluation à leur juste valeur des instruments financiers dérivés et des placements de portefeuille composés d'instruments de capitaux propres cotés sur un marché actif. La variation annuelle des justes valeurs de ces instruments financiers engendrent des gains et pertes non réalisés qui doivent être présentés dans un nouvel état financier, appelé État des gains et des pertes de réévaluation, jusqu'à leur décomptabilisation par extinction ou par revente.

En vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, le ministère de la Santé et des Services sociaux détermine le format du rapport financier annuel applicable aux agences. Pour l'exercice terminé le 31 mars 2013, le MSSS a convenu de ne pas inclure le nouvel état financier requis puisqu'il estime peu ou non probable qu'une entité du réseau de la santé et des services sociaux détienne des instruments financiers devant être évalués à la juste valeur considérant les limitations imposés par la LSSSS en ce sens.

L'Agence ne détient pas au 31 mars 2013 et n'a pas détenu au cours de l'exercice d'instruments financiers devant être évalués à la juste valeur et par conséquent, il n'y a pas de gain ou perte de réévaluation.

Comptabilité par fonds

Les agences appliquent également la comptabilité par fonds. Les opérations et les soldes sont présentés dans leurs états financiers respectifs. La comptabilité des agences est tenue de façon à identifier les comptes rattachés à chaque fonds, en respectant les principes et particularités suivants :

- le **Fonds d'exploitation** regroupe les opérations courantes de fonctionnement (activités principales et accessoires);
- le **Fonds d'immobilisations** regroupe les opérations relatives aux immobilisations, aux passifs environnementaux, aux dettes à long terme et à tout autre mode de financement se rattachant aux immobilisations. Les immobilisations acquises pour les activités régionalisées, pour les activités des fonds affectés de l'Agence et pour des établissements privés admissibles sont inscrites directement au fonds d'immobilisations de l'Agence. De plus, les dépenses non capitalisables financées par les enveloppes décentralisées sont présentées aux résultats du fonds d'immobilisations;
- le **Fonds des activités régionalisées** regroupe les opérations de l'Agence relatives à sa fonction de représentant d'établissements ou à toute autre fonction et activité à portée régionale confiées par les établissements et qu'elle assume dans les limites de ses pouvoirs. Le financement de ces opérations est assuré principalement à partir de crédits normalement destinés aux établissements et gérés sur une base régionale et par les établissements concernés;
- les Fonds affectés sont constitués de subventions reliées à des programmes ou services précisément définis et confiés à l'Agence. Cette dernière a le mandat d'assurer les activités reliées aux programmes ou services pour lesquels ces subventions sont octroyées;
- le Fonds de santé au travail regroupe les activités reliées à la mise en application des programmes de santé au travail élaborés par la Commission de la santé et de la sécurité au travail. Ces programmes visent à maintenir et à promouvoir la santé en milieu de travail. Le financement du fonds est constitué des subventions de la Commission de la santé et de la sécurité au travail et les activités sont réalisées par l'équipe régionale et les équipes locales;
- le Fonds de stationnement (s'il y a lieu) comprend les revenus nets de stationnement.

Dans le contexte de la consolidation, afin d'éviter la comptabilisation en double des revenus et des dépenses, les transferts de et à un autre fonds sont comptabilisés directement au solde de fonds des fonds concernés. Dans le cas du Fonds d'exploitation, du Fonds des activités régionalisées et du Fonds d'immobilisations, ils sont toutefois tenus en compte pour fins de présentation à l'état des résultats de manière à démontrer les résultats avant et après les transferts. Par la suite, ils sont présentés au solde du fonds des fonds concernés.

Classification des activités

La classification des activités d'une agence tient compte des services qu'elle peut fournir dans la limite de ses objets et pouvoirs et de ses sources de financement. Les activités sont classées en deux groupes :

- Activités principales : les activités principales regroupent les opérations qui découlent des fonctions que l'Agence est appelée à exercer et qui sont essentielles à la réalisation de sa mission.
- Activités accessoires : les activités accessoires comprennent les fonctions qu'une agence exerce dans la limite de ses pouvoirs en sus de ses activités principales. Les activités accessoires se subdivisent en activités complémentaires et en activités de type commercial. Les activités accessoires complémentaires regroupent les opérations qui, tout en constituant un apport au réseau de la santé et des services sociaux, découlent des fonctions additionnelles exercées par l'Agence en sus des fonctions confiées à l'ensemble

des agences. Les activités accessoires de type commercial regroupent toutes les opérations de nature commerciale, non reliées directement à l'exercice des fonctions confiées aux agences.

Centres d'activités

En complément de la présentation de l'état des résultats par nature des charges, les charges engagées par l'Agence dans le cadre du Fonds d'exploitation et du Fonds des activités régionalisées sont regroupées dans des centres d'activités. Chacun de ceux-ci est une entité regroupant des charges relatives à des activités ayant des caractéristiques et des objectifs similaires eu égard aux services rendus par l'Agence.

Avoir propre

L'avoir propre correspond aux surplus (déficits) cumulés du Fonds d'exploitation et est constitué des montants grevés et non grevés d'affectations. Il comprend les résultats des activités principales et accessoires. L'avoir propre d'une agence ne peut être utilisé que pour les fins de la réalisation de la mission selon l'article 269.1 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (chapitre S-4.2). Toutefois, son utilisation peut être subordonnée à une approbation du MSSS. L'utilisation de l'avoir propre ne doit pas avoir pour effet de rendre son solde déficitaire.

3. MODIFICATIONS COMPTABLES

Avantages sociaux futurs

Dans le passé, les passifs afférents aux obligations envers les employés en congé parental et en assurance-salaire n'étaient pas inscrits aux états financiers. À compter de l'exercice 2012-2013, les passifs ainsi que le financement du MSSS reliés aux obligations relatives aux employés en congé parental et en assurance-salaire sont comptabilisés. Cette modification comptable, appliquée rétroactivement avec retraitement des données comparatives, a pour effet de diminuer les postes suivants :

	2013	2012
Subventions à recevoir-MSSS	34 332 $	266 241 $
Passifs au titre des avantages sociaux futurs	(6 626 $)	266 241 $
Charges-avantages sociaux	(6 626 $)	266 241 $
Subventions-MSSS	34 332 $	266 241 $

Subventions (transferts) gouvernementales

Au 1er avril 2012 est entrée en vigueur la nouvelle version de la norme comptable traitant de la comptabilisation des paiements de transfert (chapitre SP 3410 du Manuel de l'ICCA pour le secteur public).

En vertu de cette norme, si une agence octroie une subvention, elle doit constater une dépense de transfert dès que celle-ci a été dûment autorisée, en fonction de ses règles de gouvernance, et que les critères d'admissibilité ont été respectés par le bénéficiaire.

Dans le cas où une agence est bénéficiaire d'une subvention (d'un transfert), elle doit constater le revenu de subvention (transfert) dès que celui-ci a été dûment autorisé par le cédant et que les critères d'admissibilité ont été respectés, sauf lorsque le transfert crée une obligation répondant à la définition d'un passif pour l'Agence.

À compter de l'exercice financier 2012-2013, les agences bénéficiaires de subventions (transferts) en provenance de ministères, d'organismes budgétaires ou de fonds spéciaux du gouvernement du Québec ne doivent porter à leurs comptes que la partie de la subvention (du transfert) ayant été dûment autorisée par l'Assemblée nationale pour

l'année financière concernée, et ce, à condition qu'elles aient aussi respecté les critères d'admissibilité à ce transfert. L'autorisation de la subvention (du transfert) est obtenue :

- lors du vote annuel des crédits par l'Assemblée nationale, lorsque les subventions (transferts) proviennent des ministères et des organismes budgétaires;
- lors du vote annuel de leur budget de dépenses et d'investissements par l'Assemblée nationale, lorsque les subventions (transferts) proviennent des fonds spéciaux.

De même, un compte à recevoir du MSSS (gouvernement du Québec) ne pourra être reconnu que pour la partie exigible de la subvention (du transfert) dûment autorisée, de façon à assurer la concordance entre les comptes du MSSS (gouvernement) et ceux des agences qui bénéficient d'une subvention (d'un transfert).

Par ailleurs, le chapitre SP 3410 précise également qu'une entité bénéficiaire d'un transfert du MSSS (gouvernement) ne peut constater un passif, c'est-à-dire un revenu reporté, que dans la mesure où le transfert lui crée une obligation. Ceci est notamment le cas lorsque le transfert est assorti de stipulations à respecter imposées par le cédant. Si c'est le cas, le revenu reporté comptabilisé doit être diminué au fur et à mesure que les stipulations du transfert sont rencontrées.

Aucune modification n'a été effectuée aux états financiers de l'Agence.

Subvention à recevoir sur les dettes financées par le gouvernement – réforme comptable

La subvention à recevoir – réforme comptable fait l'objet d'estimations comptables. Au cours de l'exercice, la méthode de calcul utilisée a été révisée relativement à l'ajustement à la subvention à recevoir pour le financement des immobilisations.

Aucune modification n'a été effectuée aux états financiers de l'Agence.

4. CORRECTION D'UNE ANOMALIE

Lors de la préparation des comptes publics, le contrôleur des finances et le vérificateur général du Québec ont décelé une anomalie dans la comptabilisation de la transaction entourant l'acquisition d'un actif du projet du Dossier Santé du Québec de la Société immobilière du Québec et sa cession à la Régie de l'Assurance maladie du Québec. Bien que la transaction ait été comptabilisée conformément aux discussions tenues avec le Ministère, le revenu reporté provenant du gouvernement du Canada et découlant de l'acquisition d'autre actif dans le cadre du Dossier Santé du Québec ne peut pas être dissocié de l'actif qu'il a servi à acquérir. Ainsi, l'Agence ne pouvait pas présenter un revenu du gouvernement du Canada dans ses états financiers de 2011-2012 et aurait dû par ailleurs présenter une subvention pour le remboursement de la dette-capital pour un montant équivalent. Cette correction n'a donc pas d'impact financier sur les résultats de l'Agence.

Les états financiers 2011-2012 ont été redressés et cette correction nette de 31 613 043 $ (38 278 470 $ moins les amortissements si rapportant au montant de 6 665 427 $) a pour effet d'augmenter (diminuer) les postes suivants :

	2012
Subventions pour le remboursement de la dette-capital	31 613 043 $
Amortissement des revenus reportés :	
Subvention du gouvernement du Canada	(31 613 043)$
Subvention à recevoir- réforme comptable	31 613 043 $
Revenus reportés – gouvernement du Canada	31 613 043 $

5. PRÉSENTATION DES DONNÉES BUDGÉTAIRES

Conformément à la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (chapitre S-4.2), l'Agence a produit pour le présent exercice des prévisions budgétaires de fonctionnement, c'est-à-dire pour les activités principales du Fonds d'exploitation. Celles-ci ont été dûment adoptées par le conseil d'administration.

Ces données budgétaires ne sont pas préparées pour le même ensemble d'activités que les données réelles présentées dans le rapport financier annuel, lesquelles incluent également celles des activités accessoires du fonds d'exploitation et celles des fonds d'immobilisations, des activités régionalisées et affectés. Les prévisions budgétaires des activités principales du fonds d'exploitation sont comparées ci-après aux données réelles correspondantes :

	RÉEL 1	BUDGET 2	ÉCART 3 (C1 + C2)
PRODUITS			
Subventions du MSSS			
Budget signifié	22 454 331$	20 687 022$	1 767 309$
(Diminution) ou augmentation du financement (précision #1)	2 695 109	3 384 921	(689 812)
Variation des revenus reportés-MSSS	120 267	74 050	46 217
Ajustement de la subvention à recevoir-Réforme comptable –variation de la provision pour vacances, congés de maladie et fériés	34 332		34 332
Total Subventions du MSSS	25 304 039	24 145 993	1 158 046
Revenus d'intérêts	11 479	10 000	1 479
Revenus d'autres sources			
Autres revenus (précision #2)	844 582	542 081	302 501
Total des produits	26 160 100	24 698 074	1 462 026
CHARGES D'EXPLOITATION			
Salaires	12 257 964	13 399 515	(1 141 551)
Avantages sociaux	3 560 660	2 516 007	1 044 653
Charges sociales	1 753 429	1 732 014	21 415
Frais de déplacement et d'inscription et dépenses C.A	118 657	140 739	(22 082)
Services achetés	1 741 177	1 066 552	674 625
Communications	256 686	260 395	(3 709)
Loyer	6 831 750	6 328 462	503 288
Location d'équipement	267 872	286 700	(18 828)
Fournitures de bureau	150 005	197 492	(47 487)
Transfert à des établissements	40 683	-	40 683
Autres frais (précision #3)	149 098	185 073	(35 975)
Transfert de frais généraux (précision #4)	(1 160 088)	(1 159 425)	(663)
Total des charges d'exploitation et non réparties	25 967 893	24 953 524	1 014 369
EXCÉDENT (DÉFICIT)	192 207$	(255 450)$	447 657$

Précision #1, ligne 2, colonne 2	
Subvention	1 641 607 $
PREM	50 000
Transfert au CUSM-DSP	(15 171)
Loyer privé conventionné	1 708 485
	3 384 921 $
Précision #2, ligne 11, colonne 2	
Prêts de services	535 581 $
Guide d'information et photocopies	6 500
	542 081 $
Précision #3, ligne 23, colonne 2	
Entretien et réparation	90 000 $
Cotisations et associations	27 573
Assurances	47 500
Uniformes	3 500
Café, jus et liqueurs	1 500
Rapport annuel	15 000
	185 073 $
Précision #4, ligne 25, colonne 2	
Technocentre régional	(639 771) $
Coût connexe au DSQ	(35 000)
Service régional de buanderie	(30 000)
Autres activités régionalisés	(454 654)
	(1 159 425) $

6. PASSIF ENVIRONNEMENTAL

L'Agence ne détient aucun terrain.

7. RÉSULTATS

Le résultat des opérations des ACTIVITÉS PRINCIPALES se solde par un déficit des revenus sur les charges au montant de 967 881 $; il est imputé à l'avoir propre.

Le résultat des opérations des ACTIVITÉS ACCESSOIRES se solde par un excédent des revenus sur les charges de 8 591 $; il est imputé à l'avoir propre.

8. STOCKS

	EXERCICE COURANT	EXERCICE PRÉCÉDENT
Fonds d'exploitation		
Fournitures	63 683 $	61 212 $
Fonds des activités régionalisées		
Fournitures – Service régional de buanderie	236 998 $	261 591 $

9. EMPRUNT BANCAIRE

Au 31 mars 2013, l'Agence dispose d'une marge de crédit globale, au taux quotidien des acceptations bancaires à 1 mois plus 0,05 %, et qui est ajustée pour chaque catégorie de financement temporaire, de façon à ce que cette dernière représente toutes les sommes autorisées par le Ministre, additionnées de toute autre somme sur cette marge non encore remboursée ou financée à long terme et des intérêts courus. Les parties peuvent mettre fin à la présente convention selon les termes suivants :

- le prêteur, à la suite d'un préavis écrit de 30 jours;
- l'emprunteur, à la suite d'un préavis écrit de 10 jours, à condition que le capital et les intérêts relatifs à chaque catégorie de financement temporaire aient été préalablement remboursés;
- les montants empruntés sont de 215 620 214 $ pour le fonds d'immobilisations;

Au 31 mars 2013, le taux d'intérêt représente 1,27 %.

10. OBLIGATIONS DÉCOULANT D'UNE DETTE À LONG TERME

La dette à long terme du fonds d'immobilisations est destinée à financer les enveloppes décentralisées et est payable à Financement Québec.

Fonds d'immobilisations et d'équipements

	EXERCICE COURANT	EXERCICE PRÉCÉDENT
Emprunt à payer, 6,082 %, remboursable par un versement annuel de 72 000 $, le 1er décembre de chaque année et le solde de 224 000 $, le 1er décembre 2015	368 000 $	440 000 $
Emprunt à payer, 4,4625 %, remboursable par un versement annuel de 217 522 $, le 16 septembre de chaque année et le solde de 4 350 440 $ le 16 septembre 2013	4 350 440	4 567 963
Emprunt à payer, taux variable, à remboursement variable le 30 septembre de chaque année et le solde de 3 450 270 $ le 31 mars 2023	39 466 404	48 168 917
Emprunt à payer, 2,463 %, remboursable par un versement annuel de 373 919 $, le 1er décembre de chaque année et le solde de 373 919 $ le 1er décembre 2019	3 237 340	0
Emprunt à payer, 2,463 %, remboursable par un versement annuel de 129 494 $, le 1er décembre de chaque année et le solde de 2 460 378 $ le 1er décembre 2019	2 617 434	0
Emprunt à payer, 3,32 %, remboursable par un versement annuel de 314 016 $, le 1er juin de chaque année et le solde de 6 280 321 $ le 1er juin 2014	6 594 337	6 908 353
Emprunt à payer, 3,0622 %, remboursable par un versement annuel de 4 676 023 $, le 1er décembre de chaque année et le solde de 29 334 318 $ le 1er décembre 2014	34 010 341	38 686 364
Emprunt à payer, 3,544 % remboursable par un versement annuel 5 373 088 $, le 1er décembre de chaque année et le solde de 14 329 719 $ le 1er décembre 2016	30 448 984	35 822 072
Emprunt à payer, 2,963 %, remboursable par un versement annuel de 166 762 $, le 16 septembre de chaque année et le solde de 166 762 $ le 16 septembre 2013	166 762	333 524
Emprunt à payer, 2,963 %, remboursable par un versement annuel de 353 973 $, le 16 septembre de chaque année et le solde de 353 973 $ le 16 septembre 2013	353 973	707 947
Emprunt à payer, 4,4625 %, remboursable par un versement annuel de 3 581 136 $, le 16 septembre de chaque année et le solde de 25 365 003 $ le 16 septembre 2013	25 365 003	28 946 139

Emprunt à payer, 6,082 %, remboursable par un versement annuel de 3 087 607 $, 1er décembre de chaque année et le solde de 12 280 306 $ le 1er décembre 2015	18 455 520	21 543 127
Emprunt à payer, 4,415 %, remboursable par un versement annuel de 2 410 588 $, le 1er mars de chaque année et le solde de 31 613 645 $ le 1er mars 2014	31 613 645	34 024 233
Emprunt à payer, 4,415 %, remboursable par un versement annuel de 6 146 119 $, le 1er mars de chaque année et le solde de 40 134 502 $ le 1er mars 2014	40 134 502	46 280 621
Emprunt à payer, 3,847 %, remboursable par un versement annuel de 535 996 $, le 1er juin de chaque année et le solde de 535 996 $ le 1er juin 2016	2 143 982	2 679 978
Emprunt à payer, 3, 544 %, remboursable par un versement annuel de 329 171 $, le 1er décembre de chaque année et le solde de 329 171 $ le 1er décembre 2016	1 316 684	1 645 855
Emprunt à payer, 3,475 %, remboursable par un versement annuel de 120 000 $, le 1er juin de chaque année et le solde de 120 000 $ le 1er juin 2015	360 000	480 000
Emprunt à payer, 5,09 %, remboursable par un versement annuel de 176 125 $, le 1er juin de chaque année et le solde de 352 249 $ le 1er juin 2034	4 050 867	4 226 992
Emprunt à payer, 3,835 %, remboursable par un versement annuel de 322 778 $, le 1er décembre de chaque année et le solde de 3 159 887 $ le 1er décembre 2016	4 128 220	4 450 998
Emprunt à payer, 3,835 %, remboursable par un versement annuel, de 1 413 059 $, le 1er décembre de chaque année à compter du 1er décembre 2011 et le solde de 12 717 530 $ le 1er décembre 2016	16 956 706	18 369 765
Emprunt à payer, 2,9195 %, remboursable par un versement annuel de 160 720 $, le 2 juin de chaque année et le solde de 3 214 401 $ le 2 juin 2016	3 696 561	3 857 281
Emprunt à payer, 4,308 %, remboursable par un versement annuel de 867 630 $, le 2 juin de chaque année et le solde de 867 630 $ le 2 juin 2025	11 279 187	12 146 817
Emprunt à payer, 3,594 %, remboursable par un versement annuel de 318 677 $, le 1er décembre de chaque année et le solde de 318 677 $ le 1er mars 2017	1 593 384	1 912 061
Emprunt à payer, 2,472 %, remboursable par un versement annuel de 287 691 $, le 1er décembre de chaque année et le solde de 5 753 824 $ le 1er décembre 2017	6 904 589	7 192 280
Emprunt à payer, 2,472 %, remboursable par un versement annuel de 210 690 $, le 1er décembre de chaque année et le solde de 2 738 971 $ le 1er décembre 2017	3 581 731	3 792 421
Emprunt à payer, 1,7217 %, remboursable par un versement annuel de 4 552 004 $, le 25 avril de chaque année et le solde de 8 285 200 $ le 25 avril 2017	26 493 218	31 045 222
Emprunt à payer, 2,614 %, remboursable par un versement annuel de 242 312 $, le 1er décembre de chaque année et le solde de 242 312 $ le 1er décembre 2018	1 453 871	1 696 183
	321 141 685	**359 925 113**
Tranche échéant à moins d'un an	**134 911 843**	**44 638 202**
	186 229 842 $	**315 286 911 $**

Les versements de capital requis au cours des prochains exercices sont les suivants :

2014	2015	2016	2017	2018
134 911 843 $	64 366 657 $	30 103 456 $	43 631 041 $	21 071 948 $

11. ENGAGEMENTS

Fonds d'exploitation

L'Agence est engagée, d'après un contrat de location échéant le 30 septembre 2020, à verser une somme de 19 856 047 $ pour un bâtiment.

2014	2015	2016	2017	2018
2 647 473 $	2 647 473 $	2 647 473 $	2 647 473 $	2 647 473 $

L'Agence est engagée, d'après un contrat de location échéant le 1er mai 2028, à verser une somme de 700 291 $ pour la climatisation d'une bâtisse louée. Les coûts de l'entretien sont estimés à 13 447 $ et la consommation d'énergie est évaluée à 37 178 $ par année. Comme le loyer de base est établi selon le taux des acceptations bancaires à un mois plus 0,03 %, les paiements minimums requis pourront être soit plus élevés ou soit inférieurs aux estimations.

2014	2015	2016	2017	2018
91 342 $	91 342 $	91 342 $	91 342 $	91 342 $

L'Agence est engagée, d'après un contrat de location échéant le 1er janvier 2034, à verser une somme de 612 208 $ pour la climatisation de la bâtisse. Les coûts de l'entretien sont estimés à 2 257 $ et la consommation d'énergie à 7 413 $ par année. Comme le loyer de base est établi selon le taux des acceptations bancaires à un mois plus 0,03 %, les paiements minimums requis pourront être soit plus élevés ou soit inférieurs aux estimations. Si l'Agence quitte les lieux avant la fin du bail, la somme non remboursée devient exigible par la Société immobilière du Québec. Les paiements minimums pour les prochains exercices s'établissent comme suit :

2014	2015	2016	2017	2018
29 386 $	29 386 $	29 386 $	29 386 $	29 386 $

L'Agence est engagée, en vertu de contrats de location-exploitation, échéant à différentes dates jusqu'en décembre 2016 à verser 489 010 $. Les paiements minimums pour les prochains exercices s'établissent comme suit :

2014	2015	2016	2017
214 023 $	179 198 $	71 111 $	24 678 $

Fonds des activités régionalisées (sous-centre d'activités : Technocentre régional)

L'Agence est engagée, d'après un contrat de location se terminant le 30 juin 2014, à verser une somme de 404 952 $ pour une bâtisse. À la date anniversaire du bail, un ajustement automatique des frais d'exploitation est fait selon l'augmentation de l'indice général des prix à la consommation. Ce contrat comporte une option de renouvellement pour une période additionnelle de cinq ans, dont l'Agence pourra se prévaloir en donnant un préavis de six mois. Les paiements minimums pour les prochains exercices s'établissent comme suit :

2014	2015
323 960 $	80 992 $

L'Agence est engagée, d'après un contrat de location se terminant le 31 juillet 2017, à verser une somme de 3 936 703 $ pour une bâtisse. À la date anniversaire du bail, un ajustement automatique des frais d'exploitation sera fait selon l'augmentation de l'indice général des prix à la consommation et l'ajustement des taxes sera fait en fonction du réel selon la superficie occupée par le locataire.

À la date de terminaison du bail, celui-ci se renouvelle au même loyer sauf si un avis de non renouvellement est signifié douze mois avant la date de terminaison du bail.

2014	2015	2016	2017	2018
908 470 $	908 470 $	908 470 $	908 470 $	302 823 $

L'Agence est engagée, d'après un contrat d'acquisition se terminant le 31 mars 2019, à verser une somme de 51 399 600 $ dans le cadre du dossier clinique informatisé.

2014	2015	2016	2017	2018
9 338 318 $	8 784 573 $	8 703 580 $	8 703 580 $	8 097 934 $

L'Agence est engagée, d'après un contrat de service se terminant le 30 septembre 2017, à verser une somme de 42 512 $ pour l'utilisation et l'entretien de bande passante entre les sites du Technocentre.

2014	2015	2016	2017	2018
8 840 $	9 194 $	9 562 $	9 944 $	4 972 $

L'Agence est engagée d'après un contrat de service se terminant le 30 septembre 2017 à verser une somme de 73 965 $ pour un contrat de service concernant des équipements au Technocentre.

2014	2015	2016	2017	2018
15 900 $	16 218 $	16 540 $	16 871 $	8 436 $

L'Agence est engagée, d'après un contrat de services échéant le 18 novembre 2014, à verser une somme de 49 188 $ pour l'entretien des équipements et systèmes de la salle informatique du 400, boulevard de Maisonneuve Ouest.

2014	2015
30 073 $	19 115 $

L'Agence est engagée, d'après un contrat de services échéant le 24 septembre 2015, à verser une somme de 105 150 $ pour l'utilisation de licences universelles et de services de professionnels dans le cadre du tableau de bord du projet RID.

2014	2015
70 942 $	34 208 $

L'Agence est engagée, d'après un contrat de services échéant le 8 janvier 2015, à verser une somme de 440 130 $ pour un architecte d'intégration des projets régionaux ARL.

2014	2015
248 296 $	191 834 $

L'Agence est engagée, d'après un contrat de services échéant le 23 août 2014, à verser une somme 220 731 $ pour les services d'un professionnel en projet d'intégration.

2014	2015
155 811 $	64 920 $

L'Agence est engagée, d'après un contrat de services échéant le 30 septembre 2014, à verser une somme de 279 333 $ pour les services professionnels d'un spécialiste en architecture.

2014	2015
186 222 $	93 111 $

L'Agence est engagée, d'après un contrat de services échéant le 30 septembre 2014, à verser une somme de 244 008 $ pour les services professionnels d'un spécialiste en architecture de communication.

2014	2015
162 672 $	81 336 $

L'Agence est engagée, d'après un contrat de services échéant le 31 mars 2017, à verser une somme de 1 304 840 $ pour les services professionnels d'un architecte en communication

2014	2015	2016	2017
307 457 $	319 552 $	332 249 $	345 582 $

L'Agence est engagée, d'après un contrat de services échéant le 25 mars 2015, à verser une somme de 414 942 $ pour un chargé de projet régional pour les projets du Dossier Santé Québec.

2014	2015
208 902 $	206 040 $

L'Agence est engagée, d'après un contrat de services échéant le 25 mars 2015, à verser une somme de 50 866 $ pour le service de support pour l'environnement TEST et SDN partagé.

2014	2015
25 303 $	25 563 $

L'Agence est engagée, d'après un contrat de services échéant le 31 mars 2015, à verser une somme de 1 139 368 $ pour le déploiement de la plate-forme d'intégration locale.

2014	2015
569 684 $	569 684 $

L'Agence est engagée, d'après un contrat de services échéant le 16 novembre 2014, à verser une somme de 47 131 $ pour le service d'entretien et de maintenance.

2014	2015
28 912 $	18 219 $

L'Agence est engagée, d'après un contrat de services échéant le 31 août 2016, à verser une somme de 60 493 $ pour l'entretien et l'installation de fibre optique.

2014	2015	2016	2017
17 735 $	17 735 $	17 735 $	7 288 $

L'Agence est engagée, en vertu de contrats de location-exploitation échéant à différentes dates jusqu'en décembre 2016, à verser 55 394 $. Les paiements minimums pour les prochains exercices s'établissent comme suit :

2014	2015	2016	2017
21 383 $	12 584 $	12 244 $	9 183 $

12. OPÉRATIONS ENTRE APPARENTÉS

En plus des opérations entre apparentés déjà divulguées dans le rapport financier annuel, l'Agence est apparentée avec tous les ministères et les fonds spéciaux ainsi qu'avec tous les organismes et entreprises contrôlés directement ou indirectement par le gouvernement du Québec ou soumis, soit à un contrôle conjoint, soit à une influence notable commune de la part du gouvernement du Québec. L'Agence n'a conclu aucune opération commerciale avec ces apparentés autrement que dans le cours normal de ses activités et aux conditions commerciales habituelles.

13. ÉVENTUALITÉS

L'Agence fait face actuellement à deux (2) poursuites en actions, dommages et intérêts pour 1 606 528 $ plus intérêts et dépens, impliquant soit des particuliers ou fournisseurs ou certains établissements de la santé et des services sociaux. À ce jour, il demeure impossible de faire des prévisions valables sur l'issue de ces causes. L'Agence est assurée pour faire face à l'ensemble de ces réclamations. Le détail est présenté à la page 830-1 du rapport financier annuel (AS-475) disponible sur le site internet de l'Agence.

14. ANALYSE FINANCIÈRE

Au cours de l'exercice 2012-2013, l'Agence a reçu du MSSS l'analyse financière 2010-2011, qui a été transmise le 12 avril 2012 et acceptée par l'Agence le 4 mai 2012. Elle ne contient aucun ajustement au rapport financier annuel 2010-2011. L'Agence n'a pas reçu l'analyse financière du rapport financier annuel 2011-2012.

15. INSTRUMENTS FINANCIERS ET GESTION DES RISQUES

En raison de ses actifs et de ses passifs financiers, l'Agence est exposée aux risques suivants relatifs à l'utilisation d'instruments financiers : le risque de crédit, le risque de marché et le risque de liquidité.

L'analyse suivante permet d'évaluer les risques au 31 mars 2013 :

Risque de crédit

Les principaux actifs financiers de l'Agence sont énumérés à la page 152 du rapport financier annuel (AS-475) disponible sur le site internet de l'Agence et sont assujettis au risque de crédit. La valeur comptable des actifs financiers au bilan représente le risque de crédit maximal à la date de l'état de la situation financière.

Le risque de crédit lié à l'encaisse et aux placements temporaires est limité, puisque les contreparties sont des banques à charte jouissant de cotes de solvabilité élevées attribuées par des agences de notation nationales.

Le risque de crédit lié aux débiteurs–MSSS, Avances de fonds aux agences et aux établissements publics et à la subvention à recevoir – réforme comptable est limité, puisque ces sommes ont déjà été confirmées parle MSSS.

Le risque de crédit lié aux autres débiteurs regroupe principalement les montants à recevoir de divers établissements publics, d'autres entités apparentées ou d'entités en lien avec le réseau de la santé et des services sociaux, telles que les corporations d'approvisionnement en commun pour lesquelles le risque de crédit est faible étant donné la situation financière des contreparties. Le total de ces montants est présenté dans l'état de la situation financière, déduction faite de la provision pour créances douteuses, laquelle a fait l'objet d'une estimation par la direction de l'Agence en fonction de l'expérience antérieure. Il n'y a eu aucun changement dans les objectifs et les procédures de gestion du risque de crédit au cours des exercices terminés les 31 mars 2013 et 2012.

Au 31 mars 2013, le classement par échéance des débiteurs en souffrance mais non dépréciés est le suivant :

	2013	2012
courant	0 $	0 $
de 30 à 59 jours	0 $	0 $
de 60 jours à 119 jours	1 360 068 $	98 970 $
plus de 120 jours	3 875 322$	296 492 $

De plus, au 31 mars 2013, aucune provision pour créances douteuses n'a été prise sur des débiteurs. Les facteurs suivants ont été pris en considération dans la détermination de la provision pour créances douteuses, puisque les montants non recouvrés dans le cadre des opérations régulières sont minimes.

Risque de marché

Le risque de marché inclut le risque de change et le risque de taux d'intérêt.

- Risque de change : le risque de change est minime, car l'Agence réalise très peu d'opérations en devises.

- Risque de taux d'intérêt : Le risque de taux d'intérêt provient exclusivement des emprunts temporaires et de la dette à long terme.
  Les emprunts temporaires portent intérêt au taux des acceptations bancaires + 0,05 %. Par conséquent, l'Agence est exposée au risque de taux d'intérêt découlant des variations dans le taux des acceptations

bancaires. Les emprunts temporaires sont au montant de 218 M$ et tous les intérêts à taux variables et sont pris en charge par le MSSS.

Les dettes à long terme au montant de 321 M$, représentent des emprunts portant intérêt à des taux fixes ou encore, des emprunts pour lesquels les intérêts sont assumés par le MSSS. Le risque de taux d'intérêt sur ces emprunts est minime.

Risque de liquidité

Le risque de liquidité est le risque que l'Agence ne soit pas en mesure de remplir ses obligations financières à leur échéance. L'Agence surveille le solde de son encaisse et ses flux de trésorerie qui découlent de son fonctionnement pour être en mesure de respecter ses engagements. Les passifs financiers de l'Établissement sont présentés à la page 152 du rapport financier annuel (AS-475), disponible sur le site internet de l'Agence.

Les échéances des passifs financiers sont les suivantes :

	2013	2012
De 0 à 6 mois	260 494 248 $	263 630 002 $
Plus de 6 mois à un an	174 073 320 $	85 094 916 $
Plus d'un an à 5 ans	285 031 972 $	405 271 459 $
Plus de 5 ans	27 056 743 $	42 273 918 $
	746 656 283 $	796 270 295 $

5.5 État du suivi des réserves, commentaires et observations émis par l'auditeur indépendant

Lors de la réalisation de ses différents mandats, l'auditeur indépendant peut émettre des réserves, commentaires ou observations aux agences. Lorsqu'il y a lieu, ces dernières prennent des mesures pour régler ou améliorer la problématique identifiée.

Le tableau suivant doit être complété par les agences. Il vise à informer sur les différentes mesures appliquées pour régler ou améliorer les problématiques soulevées dans les réserves, observations et commentaires formulés par l'auditeur indépendant dans l'un des documents suivants :

- Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers;
- Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées;
- Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe);
- Rapport de l'auditeur indépendant portant sur le respect des modalités de la directive ministérielle relative aux conditions de rémunération offertes lors de l'octroi de mandats d'intérim, d'accompagnement à la gestion, d'administration provisoire, d'observations, d'inspections, d'enquêtes, de vérification lors de malversation financière ou d'analyse de situation financière budgétaire déficitaire autre que l'audit annuel des états financiers;
- Rapport à la gouvernance.

Pour compléter l'information requise, les agences décrivent d'abord chaque réserve, observation et commentaire en précisant leur nature de la façon suivante :

R : pour réserve O : pour observation C : pour commentaires.

Elles ajoutent également l'année où la réserve, l'observation ou le commentaire a été formulé pour une première fois.

Puis, elles indiquent la ou les mesures appliquées ou inscrivent « aucune » si aucune disposition n'a été prise. Certaines réserves peuvent émaner du respect de directives spécifiques du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), par exemple la comptabilisation des contrats de location d'immeubles conclus avec la Société immobilière du Québec à titre de contrats de location-exploitation au lieu de contrats de location-acquisition, tel que préconisé par les Normes comptables canadiennes pour le secteur public. Dans une telle situation, l'agence inscrit : « aucune, car directive du MSSS ».

Finalement, l'agence mentionne l'état de la problématique soulevée au 31 mars de l'exercice à l'aide d'un X dans la case appropriée :

R : pour réglée PR : pour partiellement réglée NR : pour non réglée

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT						
Description des réserves, commentaires et observations	**Année 20XX-XX**	**Nature (R, O ou C)**	**Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée**	**État de la problématique au 31 mars 2013**		
				R	PR	NR
1	2	3	4	5	6	7
Signification des codes : Colonne 3 : R : pour réserve O : pour observation C : pour commentaire				Colonnes 5, 6 et 7 : R : Pour réglé PR : pour partiellement réglé NR : pour non réglé		
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers						
Les passifs afférents aux obligations envers les employés en congé parental ne sont pas comptabilisés aux bilans totaux.	2011 - 2012	R	Modification comptable appliquée rétroactivement avec retraitement des données comparatives en 2012-2013.	X		
Les passifs afférents aux obligations envers les employés se prévalant de l'assurance salaire ne sont pas comptabilisés aux bilans totaux.	2011- 2012	R	Modification comptable appliquée rétroactivement avec retraitement des données comparatives en 2012-2013.	X		
Les contrats de location d'immeubles conclus entre l'Agence et la Société immobilière du Québec sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation alors qu'il s'agit plutôt de contrats de location-acquisition.	2011 - 2012	R	Aucune, car la directive du MSSS n'a pas été modifié.			X
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées						
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur le respect des modalités de la directive ministérielle relative aux conditions de rémunération offertes lors de l'octroi de certains mandats						
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)						
Rapport à la gouvernance						

ANNEXE 6: LE CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS DE L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Adopté par le conseil d'administration
Le 28 mars 2006

Préambule

Compte tenu de l'importance du rôle des administrateurs publics, de la confiance que doit avoir la population à leur égard, le présent Code vise à établir des lignes directrices relativement à l'éthique et la déontologie qui doivent être respectées par chacun des administrateurs de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

I – Dispositions générales

1. Le présent Code est applicable aux administrateurs de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
2. Le présent Code est adopté et appliqué conformément aux lois applicables et plus particulièrement conformément à la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif* (L.R.Q., c. M-30) et au Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics [c. M-30, r. 0.1].
3. L'administrateur est tenu, dans l'exercice de ses fonctions, de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie prévues par la Loi et le présent Code. En cas de divergence, les règles et les principes les plus exigeants s'appliquent.
4. L'administrateur doit toujours agir selon l'esprit de ces principes et de ces règles et, en cas de doute, en favoriser l'application.
5. Ce Code n'est pas une énumération exhaustive des règles de déontologie applicables aux administrateurs, mais constitue davantage des principes ou des règles minimales qui peuvent guider l'administrateur dans l'exercice de ses fonctions.

II – Définitions

Administrateur :	Désigne un membre du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
Agence :	L'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
Conflit d'intérêts :	Désigne la notion de conflit d'intérêts telle que définie à la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (L.R.Q., c. S-4.2).
Conseil d'administration :	Désigne le conseil d'administration de l'Agence.
Règlement :	Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics [c. M-30, r. 0.1].

III – Devoirs et obligations de l'administrateur

1. L'administrateur doit participer aux travaux du conseil d'administration et y intervenir de façon à permettre à celui-ci d'exécuter les fonctions et mandats qui lui sont dévolus par la Loi ou autrement.
2. L'administrateur doit agir avec soin, prudence, diligence et compétence dans l'exercice de ses fonctions.
3. L'administrateur doit agir avec honnêteté, loyauté et dans l'intérêt de la population de la région pour laquelle l'Agence est instituée et dans l'intérêt de l'Agence elle-même.
4. L'administrateur doit être présent lorsque ses fonctions l'exigent et participer activement à la prise de position du conseil d'administration.
5. L'administrateur intervient lors des séances du conseil d'administration afin d'énoncer son opinion de façon courtoise et respectueuse des opinions différentes ou contraires à la sienne.

6. L'administrateur, de par son intervention, doit permettre que les décisions du conseil d'administration soient prises respectueusement à la mission des établissements et des organismes en relation avec l'Agence.
7. L'administrateur est solidaire des décisions prises par le conseil d'administration et ne peut en aucun cas prendre position publiquement à l'encontre de celles-ci.
8. L'administrateur reconnaît que le président, ou en son absence le vice-président, et le président-directeur général ou toute autre personne qu'un de ceux-ci pourrait désigner ponctuellement, agissent à titre de porte-parole du conseil d'administration vis-à-vis du public ou de représentation à un tiers.
9. L'administrateur fait preuve de réserve à l'occasion de tout commentaire public concernant les décisions du conseil d'administration.
10. L'administrateur est tenu à la discrétion relativement aux informations qu'il obtient ou dont il a connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions et est tenu, à tout moment, de respecter le caractère confidentiel de l'information ainsi reçue.
11. À cet égard, il doit garder confidentiels les renseignements qui doivent être protégés en vertu de la Loi ou d'une décision du conseil d'administration.

IV – Conflit d'intérêts

1. L'administrateur agit de bonne foi dans l'intérêt de la population et de l'Agence sans tenir compte d'intérêts particuliers.
2. Le président-directeur général ne peut, sous peine de révocation, avoir un intérêt direct ou indirect dans un organisme, une entreprise ou une association mettant en conflit son intérêt personnel et celui de l'Agence. Toutefois, cette révocation n'a pas lieu d'être si un tel intérêt lui échoit par succession ou donation pourvu qu'il y renonce ou en dispose avec diligence.
3. Tout autre administrateur qui a un intérêt direct ou indirect dans un organisme, une entreprise ou une association qui met en conflit son intérêt personnel et celui de l'Agence doit, sous peine de déchéance de sa charge, dénoncer son intérêt au président du conseil d'administration et, le cas échéant, s'abstenir de participer à toute délibération et à toute décision portant sur l'organisme, l'entreprise ou l'association dans lequel il a cet intérêt. Il doit en outre se retirer de la séance pour la durée des délibérations et du vote relatifs à cette question.
4. Le fait pour un membre du conseil d'administration d'être actionnaire minoritaire d'une personne morale qui exploite une entreprise visée dans l'article précédent ne constitue pas un conflit d'intérêts si les actions de cette personne morale se transigent dans une bourse reconnue et si le membre du conseil d'administration en cause ne constitue pas un initié de cette personne morale au sens de l'article 89 de la *Loi sur les valeurs mobilières* (L.R.Q., c. V-1.1).
5. L'administrateur ne doit pas confondre les biens de l'Agence avec les siens et ne peut les utiliser à son profit ou au profit de tiers que conformément aux modalités d'utilisation reconnues et applicables à tous.
6. L'administrateur ne peut utiliser à son profit ou au profit de tiers l'information privilégiée obtenue dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions.
7. L'administrateur ne tire aucun avantage indu de ses fonctions ni en son nom personnel ni pour le compte d'autrui.

V- Rémunération

1. L'administrateur ne reçoit aucun traitement ou rémunération autre que le remboursement des dépenses faites dans l'exercice de ses fonctions.
2. L'administrateur ne peut accepter aucun cadeau ou autre avantage que ceux d'usage et d'une valeur modeste.
3. L'administrateur ne peut directement ou indirectement accorder, solliciter ou accepter une faveur ou un avantage indu pour lui-même ou pour un tiers.
4. L'administrateur doit, dans sa prise de décision, éviter de se laisser influencer par des offres d'emploi.

VI – Devoirs et obligations de l'administrateur après la fin du mandat

1. L'administrateur qui a cessé d'exercer ses fonctions doit se comporter de façon à ne pas tirer d'avantages indus de ses fonctions antérieures au service de l'Agence;
2. L'administrateur qui a cessé d'exercer ses fonctions ne doit pas divulguer une information confidentielle qu'il a obtenue ni donner à quiconque des conseils fondés sur de l'information non disponible au public concernant l'Agence ou un autre établissement avec lequel il avait des rapports directs au cours de son mandat;
3. Dans l'année qui suit la fin de ses fonctions, l'administrateur ne peut agir au nom ou pour le compte d'autrui relativement à une procédure, à une négociation ou à une autre opération à laquelle l'Agence est partie et sur laquelle il détient de l'information non disponible au public.

VII – Devoirs et obligations du président du conseil d'administration

1. Le président du conseil d'administration doit s'assurer du respect des principes d'éthique et des règles de déontologie par les administrateurs de l'Agence;
2. Il peut s'adjoindre ponctuellement un comité d'éthique et de déontologie constitué de trois (3) membres désignés par et parmi les administrateurs pour l'aviser sur toute plainte;
3. Lorsque le président estime qu'il y a eu manquement aux principes d'éthique ou aux règles de déontologie, il en informe le secrétaire général associé responsable des emplois supérieurs au ministère du Conseil exécutif, conformément au processus prévu au Règlement.

ANNEXE 7 : ABBRÉVIATIONS ET SIGLES

AAPA	Approche adaptée à la personne âgée
ACCÉSSS	Alliance des communautés culturelles pour l'égalité dans la santé et les services sociaux
ACMU	Association canadienne des médecins d'urgence
AEOR	Accueil-évaluation-orientation-référence
AÉS	Approche École en santé
AGENCE	Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
ATEDM	Autisme et troubles envahissants du développement Montréal
CAFE	Crise adolescent-famille-enfance
CAU	Centre affilié universitaire
CDÉC	Corporation de développement économique et communautaire
CDLC	Conseil pour le développement local et communautaire
CDOR	*Canadian Dealer Offered Rate*
CGRM	Comité de gestion du réseau montréalais
CH	Centre hospitalier
CHR	Centre hospitalier de réadaptation
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHPSY	Centre hospitalier de soins psychiatriques
CHU	Centre hospitalier universitaire
CHUM	Centre hospitalier de l'Université de Montréal
CIR	Commission infirmière régionale
CJ	Centre jeunesse
CJA	(Fédération) Organisme regroupant les services philanthropiques et communautaires juifs de Montréal
CLD	Centre local de développement
CLSC	Centre local de services communautaires
CMIS	Carrefour montréalais d'information socio-sanitaire
CMUR	Commission multidisciplinaire régionale
CPEJ	Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse
CR	Centre de réadaptation
CR	Clinique-réseau (chapitre 3)
CRAT	Centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie
CRDI	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle
CRDITED	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement
CRDP	Centre de réadaptation en déficience physique
CRI	Clinique-réseau intégrée
CRPDIPT	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle, physique, toxicomanie
CRSPM	Comité régional sur les services pharmaceutiques
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CSST	Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec
CUSM	Centre universitaire de santé McGill
DACMU	Direction des affaires cliniques, médicales et universitaires
DCI	Dossier clinique informatisé
DI	Déficience intellectuelle
DP	Déficience physique
DRMG	Département régional de médecine générale
DSP	Direction de santé publique
DSQ	Dossier de santé du Québec
EQSP	Enquête québécoise sur la santé de la population
ESCC	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
ETC	Équivalent temps complet
ETP	Équivalent temps plein
FADOQ	Fédération de l'âge d'or du Québec
FCI	Fondation canadienne pour l'innovation
FSA	Fin de soins actifs
GESTRED	Système de suivi de gestion et de reddition de comptes (logiciel)

GMF	Groupe de médecine de famille
HARSAH	Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes
HEC	Hautes études commerciales
ICCA	Institut canadien des comptables agréés
I-CLSC	Intégration CLSC (logiciel de données sur les services et la clientèle CLSC)
IMC	Indice de masse corporelle
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IPS	Infirmière praticiennes spécialisées
IRCUSM	Institut de recherche du Centre universitaire de santé McGill
LPJ	Loi sur la protection de la jeunesse
LSJPA	Loi sur le système de justice pénale pour adolescents
MELS	Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
MOI	Main d'œuvre indépendante
MPOC	Maladies pulmonaires obstructives
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
OACIS	*Open Architecture Clinical Information System*
OMHM	Office municipal d'habitation de Montréal
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PACS	*Picture Archiving and Communication System*
PAL	Plan d'action locaux
PAR	Plan d'action régional
PALV	Perte d'autonomie liée au vieillissement
PCGR	Principes comptables généralement reconnus
PCP	Pratiques cliniques préventives
PEFSAD	Programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique
PHPE	Programme d'hébergement pour évaluation
POSILTH	Programme d'organisation de services intensifs long terme pour personnes handicapées
PRAIDA	Programme régional d'accueil et d'intégration des demandeurs d'asile
PREM	Plan régional des effectifs médicaux
PRI-M	Plateforme régionale d'interopérabilité - Montréal
PRSP	Programme régional de santé publique
PSI	Plan de service individualisé
PSII	Plan de service intersectoriel
PSOC	Programme de soutien aux organismes communautaires
PTG	Prothèse totale du genou
PTH	Prothèse totale de la hanche
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RAS	Revenu de solidarité active
RCIU	Retard de croissance intra-utérine
RI	Ressource intermédiaire
RITM	Réseau intégré de télécommunications multimédia
RLS	Réseau local de services
RNIASSS	Registre national des incidents et des accidents
ROSAC	Regroupement des organismes offrant du suivi alternatif communautaire
RRF	Régime de retraite des fonctionnaires
RREGOP	Régime de retraite des employés du gouvernement du Québec et des organismes publics
RRPE	Régime de retraite du personnel d'encadrement
RSIPA	Réseau de services intégrés pour les personnes âgées
RTF	Ressource de type familial
RTSS	Réseau de télécommunications sociosanitaire
RT-PCR	Reverse transcriptase polymerase chain reaction
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
SAAQ	Société de l'assurance automobile du Québec
SACAIS	Secrétariat à l'action communautaire autonome et initiative sociale
SAD	Soutien à domicile
SAPA	Soutien à l'autonomie des personnes âgées
SARDM	Système automatisé et robotisé pour la distribution des médicaments
SIPAD	Système d'information pour les personnes ayant une déficience
SBF-R	Système budgétaire et financier régionalisé
SFR	Seuil de faible revenu
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise

SIDEP	Services intégrés de dépistage et de prévention (des ITSS)
SIMASS	Système d'information du mécanisme d'accès aux services spécialisés
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance
SISAD	Services intensifs de soutien à domicile
SMAF	Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle
SPC	Système de prévention clinique
TCCL	Traumatisme cranio-cérébral léger
TED	Trouble envahissant du développement
TMS	Troubles musculosquelettiques
TPS	Taxe sur les produits et services
TRSP	Table régionale de santé publique
TS	Temps supplémentaire
TVQ	Taxe de vente du Québec
UDI	Utilisateur de drogues injectables
UMF	Unité de médecine de famille
USLD	Unité de soins de longue durée
UTRF	Unité transitoire de récupération fonctionnelle
URFI	Unité de réadaptation fonctionnelle intensive
VAC	*Vacuum Assisted Closure*
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus d'immunodéficience humaine
VPH	Virus du papillome humain
ZIP	Zone prioritaire d'intervention