



L'intervention de première ligne à Montréal auprès des personnes immigrantes : Estimé des ressources nécessaires pour une intervention adéquate

Alex Battaglini

Avec la collaboration de :

*Michel Désy, Danièle Dorval, Léo-Roch Poirier, Michel Fournier,
Hélène Camirand et Daniel Fecteau*

2007

**LA PRÉVENTION
EN ACTIONS**

*Garder notre
monde en santé*

**L'intervention de première ligne à Montréal
auprès des personnes immigrantes :
Estimé des ressources nécessaires pour
une intervention adéquate**

Alex Battaglini

Avec la collaboration de

*Michel Désy, Danièle Dorval, Léo-Roch Poirier, Michel Fournier,
Hélène Camirand (Direction de santé publique,
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal)
et Daniel Fecteau (CSSS de la Montagne)*

2007

Une réalisation du secteur Écoles et milieux en santé, Direction de santé publique avec le soutien de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Par l'équipe Culture et migration (2005)

Direction de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
1301, rue Sherbrooke Est
Montréal, H2L 1M3
Tél. : 528-2400
www.santepub-mtl.qc.ca

Dans ce document, le genre masculin est utilisé sans discrimination et dans le seul but d'alléger le texte.

© Direction de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2007)
Tous droits réservés

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2007
Dépôt légal – Bibliothèque et Archives Canada, 2007
ISBN : 978-2-89494-571-1 (version PDF)

Faits saillants

ALLOCATION DES RESSOURCES NÉCESSAIRES AUX SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE AUPRÈS DES PERSONNES IMMIGRANTES

- Le tiers de la population montréalaise est né à l'extérieur du Canada (28 %).
- Les politiques du ministère des Relations avec les citoyens et de l'Immigration (MRCI) ont permis d'augmenter considérablement le nombre d'immigrants admis au Québec par année (25 000 en 1999; 45 000 en 2002). Selon la planification triennale, ces chiffres seront en croissance durant les prochaines années.
- 88 % des immigrants qui s'installent au Québec élisent domicile à Montréal.
- À Montréal, certains CLSC desservent des territoires où les immigrants représentent plus de 60 % de la population.
- La proportion de la population immigrante est en croissance dans presque tous les arrondissements montréalais.
- La présence de populations immigrantes a des effets importants sur les services : durée plus longue des interventions (en moyenne 40 % de plus); modes particuliers d'utilisation des services (plus grande utilisation des sans rendez-vous, par exemple); présence nécessaire d'interprètes; besoins, pour les intervenants, de formation sur l'immigration et l'interculturel.
- Nous estimons minimalement à 7,3 % la proportion d'utilisateurs qui, à Montréal, ont besoin d'une durée d'intervention plus longue de 40 %. Les difficultés de communication ou la méconnaissance des services en sont les principales causes.
- En tenant compte de l'hypothèse que 7,3 % des utilisateurs à Montréal (immigrants récents dont la langue maternelle est autre que le français et l'anglais) nécessitent une durée d'intervention de 40 % supérieure à la durée d'intervention moyenne auprès d'une personne non immigrante, nous estimons à **4 951 427 \$** les coûts supplémentaires encourus pour ces utilisateurs en 2002-2003, soit **2,9 %** du coût des heures travaillées directement auprès de l'ensemble des utilisateurs. Nous ajoutons à ce montant la somme de **1 369 003 \$** déjà allouée aux interventions auprès des personnes réfugiées (qui ne bénéficient pas du programme fédéral intérimaire). Le total des coûts supplémentaires attribués à l'intervention auprès de cette population s'élève donc à **6 320 430 \$**.
- La volonté d'offrir un accès équitable aux services sociaux et de santé aux populations immigrantes ne se traduit pas seulement par le souci qu'elles reçoivent les mêmes services pour les mêmes besoins; elles ont aussi besoin de services *adaptés*.
- Ces coûts supplémentaires ont des conséquences sur la qualité, la quantité et l'accessibilité des services disponibles. La reconnaissance de la spécificité de l'intervention auprès des personnes immigrantes est notamment nécessaire afin :
 - ➔ d'améliorer l'accès à des interprètes formés;
 - ➔ d'assurer une durée d'intervention suffisante pour être efficace;
 - ➔ d'engager des intervenants polyglottes possédant des compétences interculturelles;
 - ➔ d'assurer la traduction en plusieurs langues de documents promotionnels et d'information;
 - ➔ d'obtenir la collaboration de spécialistes en interculturel;
 - ➔ de mettre en place une formation continue (migration, interculturelle, etc.);
 - ➔ de soutenir l'adaptation culturelle de programmes et des documents;
 - ➔ de soutenir l'adaptation d'outil de dépistage reflétant la réalité de la migration.

Ce document a été réalisé à la demande de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux afin d'alimenter la réflexion portant sur les besoins propres à la région montréalaise en terme d'intervention en contexte pluriethnique. La pluralité linguistique et culturelle qui caractérise la population montréalaise fait en sorte que l'intervention qui s'y pratique dans les établissements de santé comporte des particularités permettant de desservir adéquatement ces populations. Bien que ces particularités entraînent des coûts à court terme, il importe de souligner qu'à long terme, cette adaptation des interventions permet d'éviter une détérioration de l'état de santé des populations visées qui, en plus d'entraîner des coûts plus importants à long terme, participerait à l'engorgement des services.

CONTEXTE MONTRÉALAIS

Au recensement de 2001, la proportion de la population montréalaise née à l'extérieur du Canada était de 27,6 %, et cette proportion, selon les objectifs fixés par le Plan d'immigration du M.R.C.I., s'accroîtra de façon importante au cours des prochaines années¹. De fait, plus de 88 % des personnes immigrantes qui élisent domicile au Québec s'installent dans la région métropolitaine. Il va sans dire que la croissance de la proportion d'immigrants au sein de la population montréalaise est la principale source de la diversification culturelle et sociale de l'ensemble du territoire, et celle-ci a une influence importante sur l'organisation et la prestation des services sociaux et de santé. Si les établissements de santé au Québec sont tenus de prendre en compte la diversité linguistique et culturelle de leur clientèle, il demeure que cela suppose un ensemble d'aménagements qui concernent à la fois les budgets permettant ces ajustements et la nature de ceux-ci.

L'adaptation des services à ce qui constitue en fait presque le tiers de la population montréalaise, entraîne nécessairement des coûts (interprètes, formation, etc.). Cette adaptation et les coûts qui en découlent ne sont pas pris en compte lors de l'attribution des budgets. Ainsi, les gestionnaires soucieux de répondre aux besoins des populations qu'ils desservent doivent parfois faire un choix difficile : restreindre l'accès à certains services pour pouvoir en assumer l'adaptation ou -- et ce choix est le plus fréquent -- gérer une diminution de la qualité et de la quantité des services rendus. Être acculé, comme gestionnaire, à faire de tels choix est en partie attribuable à la méconnaissance, par les instances décisionnelles, des particularités de la pratique en milieu pluriethnique qui, du même coup, tardent à accorder un soutien adéquat.

¹ La planification stratégique 2001-2004 du ministère des Relations avec les citoyens et de l'Immigration permet d'entrevoir une augmentation de cette proportion au cours des prochaines années (Gouvernement du Québec, 2000). Concrètement, au Québec, le nombre d'admissions est passé d'environ 30 000 à plus de 45 000 par année depuis 3 ans tout en maintenant à au moins 8 000 le nombre de personnes réfugiées.

*Nous estimons qu'en 2002-2003, les besoins budgétaires permettant d'intervenir adéquatement auprès de cette population étaient de **6 320 430 \$**, soit **2,9 %** du coût des heures travaillées directement auprès des usagers plus les coûts encourus pour desservir directement les personnes réfugiées. Cet estimé ne tient pas compte des dépenses associées aux services d'interprètes², à la traduction, aux formations ainsi qu'à l'adaptation culturelle des programmes et des activités.*

EFFETS SUR L'ORGANISATION ET LA PRESTATION DES SERVICES DE SANTÉ EN CONTEXTE PLURIETHNIQUE

Sources des données

Les données présentées dans ce document proviennent essentiellement de trois sources. La première est une étude en cours à la Direction de santé publique de Montréal qui a permis d'identifier et de documenter les effets de la présence de populations immigrantes sur l'organisation et la prestation des services de santé³, notamment en réalisant des entrevues auprès de 30 gestionnaires de CLSC à Montréal et en menant des groupes de discussion auprès de 66 intervenants de ces mêmes CLSC⁴. La seconde source de données est un exercice administratif réalisé au CLSC Parc-Extension afin d'évaluer la durée réelle des interventions auprès de personnes immigrantes. Finalement, la troisième source de données est constituée des rapports financiers des CLSC de la région montréalaise à partir desquels les estimés présentés à la fin de ce document ont été calculés.

Nous présenterons succinctement les particularités de l'intervention auprès des populations immigrantes et les conséquences sur la prestation des services. Nous concluons en proposant un estimé des coûts associés à la prestation des services auprès des populations immigrantes à Montréal.

QUELQUES CARACTÉRISTIQUES

Les études citées ci-haut ont permis de dégager un ensemble de caractéristiques liées à la gestion des services et à l'intervention qui a une influence importante sur la prestation de ceux-ci lorsqu'une part significative de la population est d'origine immigrante. Nous avons retenu pour ce document les caractéristiques les plus importantes, que nous

² En 2002-2003, 218 334 \$ ont été déboursés à la banque d'interprètes de la Régie régionale. Cette somme n'inclut pas les dépenses d'interprétariat payées à d'autres organismes qui fournissent des services d'interprétariat.

³ L'étude « Adéquation des services de première ligne aux besoins des populations immigrantes » se déroule en collaboration avec 9 CLSC retenus selon certaines caractéristiques sociodémographiques de leur territoire et regroupés selon la concentration de populations immigrantes présente sur celui-ci : Côte-des-Neiges, Parc Extension et Nord-de-l'île pour une proportion immigrante importante; NDG, St-Léonard et René-Cassin, proportion moyenne; Hochelaga-Maisonneuve, Olivier-Guimond et Pointe-aux-Trembles, proportion faible.

⁴ Les intervenants participant représentaient différents secteurs d'intervention au sein de leur institution : travailleurs sociaux, psychologues, ergothérapeutes, infirmières et médecins. Étant donné que les rencontres ne sont pas toutes complétées, les résultats présentés dans ce document sont préliminaires.

décrivons très brièvement; la *durée d'intervention*, le recours à des interprètes, les *besoins de formation* et les *modes d'utilisation des services*.

Durée d'intervention

L'une des principales caractéristiques de la prestation des services auprès des populations immigrantes est l'allongement de la durée de l'intervention⁵. Les causes en sont diverses : nécessité de l'utilisation d'interprètes, incompréhension, complexité des cas, méconnaissance des services, etc.

« Toutes les interventions prennent plus de temps. Temps pour "l'interprétation", avec ou sans interprète, c'est beaucoup plus long. Les intervenants ne sont jamais sûrs d'avoir été bien compris, même lorsque les personnes parlent anglais ou français. Le problème n'est pas seulement la langue, mais l'attitude culturelle. Il peut être très long de cerner un problème de bout en bout. »
(Infirmière, CLSC Côte-des-Neiges)

L'absence d'interprète lors d'une intervention auprès d'une personne allophone en augmente la durée car l'intervenant doit intensifier ses efforts de communication, efforts qui sont nécessaires afin d'intervenir adéquatement et éviter des complications futures dues à une mauvaise compréhension des consignes. Il est clair, si le client ne parle ni anglais ni français, que la transmission d'information se fera de manière laborieuse. De plus, même si un interprète, formel (interprète de la Régie) ou informel (membre de la famille, ami ou connaissance), est présent, la durée de l'intervention sera prolongée; en effet, l'interprétation simultanée de toutes les paroles énoncées lors de l'entrevue prend tout simplement du temps. Par ailleurs, ces difficultés sont également présentes lorsque l'usager parle français ou anglais. Dans ces situations, il est fréquent que l'intervenant ait à expliquer plus longuement les consignes, dans la mesure où les références, les modes de communication, la compréhension de la maladie et de la santé ne sont pas les mêmes. On appelle cette caractéristique la *distance culturelle*, manifeste notamment chez les personnes d'immigration récente. Finalement, il n'est pas rare que là où une seule rencontre suffirait auprès d'une personne née au Québec, il en faille plusieurs avec une personne immigrante; il est parfois nécessaire de prendre un second rendez-vous pour permettre à l'interprète de se présenter, ou encore pour s'assurer, par un suivi en plusieurs rencontres, que la personne a bien compris les consignes. En somme, non seulement les rencontres peuvent être plus longues, mais il peut être nécessaire d'en planifier plus d'une.

L'exercice mené au CLSC Parc Extension (en collaboration avec Daniel Fecteau, D.G. du CLSC) a permis d'estimer que les interventions auprès de personnes immigrantes sont généralement de 35 % à 45 % plus longues que celles effectuées auprès de

⁵ À cet effet, soulignons que 73 % des intervenants rencontrés dans le cadre de l'étude sur l'adéquation des services aux besoins des personnes immigrantes ont mentionné que leurs interventions auprès de celles-ci, nonobstant leur origine ou leur connaissance du français ou de l'anglais, étaient non seulement plus longue, mais aussi plus complexes.

personnes nées au Québec. Cette variation se manifeste de façon différente selon les centres d'activités. Par exemple, une intervention psychosociale (incluant ici la santé mentale) peut avoir une durée plus grande qu'une intervention qui a lieu dans les services courants. Ce pourcentage constitue donc une moyenne qui tient compte de multiples variations possibles.

Recours aux interprètes

Exception faite du CLSC Côte-des-Neiges, où des interprètes sont présents sur place presque en tout temps, ceux-ci ne sont en général disponibles que pour des suivis à moyen et à long terme. Pour les services sans rendez-vous, les CLSC doivent habituellement se rabattre sur des interprètes informels (famille, autres intervenants, etc.), ce qui pose parfois d'importants problèmes de confidentialité.

L'utilisation d'interprètes de la Régie ou d'interprètes informels comporte des avantages et des inconvénients. L'intervention avec un interprète formel est bien souvent nécessaire, voire incontournable, pour permettre de bien communiquer, mais aussi et surtout pour assurer la confidentialité et la neutralité de l'interprétation. Toutefois, comme nous l'avons mentionné, la présence d'une tierce personne dans l'intervention complexifie et prolonge celle-ci.

Il est aussi possible dans certaines circonstances de faire appel à un membre de la famille ou à un intervenant parlant la langue du client. Dans ce dernier cas, les avantages pour l'organisation sont très limités; le temps consacré par l'intervenant à l'interprétation l'empêche d'accomplir ses tâches habituelles. Il s'agit toutefois d'une alternative intéressante lorsque une personne allophone se présente sans rendez-vous.

Pour ce qui est des coûts directs d'utilisation de la banque d'interprètes de la Régie, notons à titre d'exemple que les CLSC Côte-des-Neiges, Parc-Extension et Nord-de-l'Île ont déboursé 78 288 \$ à cette fin pour l'année financière 2002-2003. Les données qui permettraient d'estimer les coûts associés à l'utilisation d'interprètes provenant d'autres organismes (ex. communautaire) ne sont pas compilées. À cela, il faudrait également ajouter les coûts de traduction de documents écrits, de production ou d'acquisition de matériel linguistiquement adapté, coûts dont on ne peut conséquemment pas tenir compte ici.

Formation reliée à la diversité culturelle

Les connaissances à propos de la diversité culturelle et linguistique de la population immigrante, des différentes expériences migratoires vécues par celle-ci et de la diversification de la provenance des vagues migratoires ne peuvent être transmises que dans le cadre de formations pertinentes, et ces besoins de formation s'avèrent de plus

en plus nécessaires. Ces formations permettent de parfaire les habiletés d'intervention par l'acquisition de compétences en interculturel, de connaissances sur les processus migratoires, sur les nouvelles communautés installées dans leur territoire et, finalement, sur les politiques relatives à l'immigration.

Soulignons que 97 % des intervenants consultés lors de l'étude sur l'adéquation des services ont mentionné la pertinence -- voire la nécessité -- de se prévaloir d'une formation continue afin de parfaire leurs interventions en contexte pluriethnique. Il nous est malheureusement impossible de chiffrer les formations dispensées par les CLSC à leurs employés étant donné que ces dépenses ne sont pas compilées de façon séparée des autres formations.

Modes d'utilisation des services

Bien que les études sur l'utilisation des services de santé par les personnes immigrantes soient peu nombreuses, il se dégage de celles-ci certaines pistes intéressantes. Les populations immigrantes arrivent avec leurs propres expériences des soins de santé et celles-ci influencent leurs attentes et leurs réactions face au système québécois. Ainsi la méconnaissance des services, les attentes différentes vis-à-vis des professionnels de la santé sont autant de facteurs qui permettent d'expliquer que leur utilisation des services est fort différente de celle des personnes nées ici.

Par exemple, les personnes immigrantes utilisent très fréquemment les services sans rendez-vous et, parallèlement, l'annulation des rendez-vous est très fréquente. En conséquence, une certaine souplesse organisationnelle s'impose de manière à permettre l'accès aux services pour ces personnes qui ne voient pas encore le respect des rendez-vous comme une nécessité. En ce sens, une partie des interventions est consacrée à la sensibilisation des immigrants à l'importance d'honorer les rendez-vous afin d'assurer la continuité des services. Une situation qui, encore, ajoute à la durée des rencontres. Cette situation nuit également à la possibilité de faire appel à des interprètes, qui ne peuvent effectuer leur travail que lorsqu'un rendez-vous est fixé à l'avance. Par conséquent, lorsque ce problème se présente, les intervenants, tout comme les gestionnaires qui composent avec celui-ci, doivent d'urgence faire appel à des organismes communautaires travaillant à l'intégration des immigrants pour y trouver des personnes qui pourraient parler la même langue que le client.

Proportion d'usagers immigrants

Il est difficile d'évaluer la proportion de personnes immigrantes qui, à Montréal, de par leurs particularités linguistiques et culturelles, ont besoin d'une intervention d'une durée

prolongée. Nous savons cependant que 28 %⁶ de la population montréalaise est d'origine immigrante et qu'elle utilise dans des proportions similaires les services sociaux et de santé que l'ensemble de la population. Toutefois, nous considérons que ce sont les Montréalais d'immigration récente (moins de 10 ans), dont la langue maternelle n'est ni le français ni l'anglais, qui ont le plus besoin de services adaptés, tant sur le plan culturel que linguistique.

En somme, si 28 % des Montréalais, en 2003, sont des immigrants, 26,9 %⁷ d'entre eux ont une langue maternelle autre que le français ou l'anglais et sont installés à Montréal depuis moins de 10 ans, ce qui représente 7,32 % de l'ensemble de la population. Nous faisons donc l'hypothèse que **7,32 %** des usagers dans les CLSC montréalais ont besoin d'une intervention particulière et plus longue étant donné leur méconnaissance des services, leur langue et leur origine culturelle. Ce pourcentage, toutefois, ne permet pas d'estimer les dépenses associées à l'interprétation, à la traduction, aux formations ainsi qu'à l'adaptation culturelle des programmes et des activités auprès des personnes immigrantes. Il ne permet d'évaluer que le pourcentage d'individus nécessitant une intervention d'une durée supérieure de **40 %** par rapport au reste de la population. De plus, comme nous l'avons mentionné, ce calcul reflète la situation des seuls CLSC, sans tenir compte des hôpitaux; en conséquence, on retiendra que les chiffres avancés ici constituent un estimé très conservateur.

⁶ Source : Statistique Canada, Recensements 2001, compilations spéciales Direction de santé publique de Montréal.

⁷ Source : Ministère des Relations avec les citoyens et de l'Immigration, Direction de la population et de la recherche.

APPRÉCIATION DES COÛTS ASSOCIÉS À L'INTERVENTION AUPRÈS DES POPULATIONS IMMIGRANTES RÉCENTES

INDICE SUGGÉRÉ

- ➔ Population immigrante à Montréal : 492 235 = 27,6 %⁸ de la population (1 812 725)
- ➔ Estimé de la population immigrante récente (10 ans et moins) dont la langue maternelle est autre que le français ou l'anglais⁹ : **132 335**. Ce qui représente **26,9 %** de l'ensemble des personnes immigrantes à Montréal.
- ➔ La proportion de la population montréalaise qui est immigrante, dont la durée de séjour est de moins de 10 ans, et dont la langue maternelle est autre que le français ou l'anglais est **7,32 %**.
- ➔ Le coût total des heures travaillées selon certains centres d'activité (voir Annexe) pour l'ensemble des CLSC de l'île de Montréal est de : **172 107 889 \$**^{10, 11}. En excluant les coûts directement associés aux programmes destinés aux personnes réfugiées (**1 369 003 \$**), la somme retenue pour le calcul est de **170 738 886 \$**.
- ➔ On estime à **40 %** plus longue la durée moyenne d'une intervention auprès d'une de ces personnes

c : coût estimé des interventions pour le reste de la population

1,4 c : coût estimé pour personnes immigrantes (durée de séjour 10 ans et moins, langue maternelle autre que français et anglais)

T : coûts des heures travaillées selon les centres d'activités en CLSC excluant les services aux personnes réfugiées = **170 738 886 \$**

P : population totale Montréal (1 812 725)

$$\rightarrow 7,32 \% P \ 1,4c + 92,68 \% P \ c = T$$

$$\rightarrow c = \frac{T}{1,029 P}$$

- ➔ Proportion du budget dédiée à la particularité des interactions avec des personnes immigrantes = **2,9 %**

$$\text{Surcoût} = 0,029 \times 170\,738\,886 \$ = \mathbf{4\,951\,427 \$}$$

$$\text{Surcoût total} = 4\,951\,427 \$ + 1\,369\,003 \$^{12} = \mathbf{6\,320\,430 \$}$$

Résultat : En tenant compte de l'hypothèse qu'une intervention auprès d'une personne immigrante est plus longue en moyenne de 40 % et que 7,32 % du total des usagers sont des personnes d'immigration récente dont la langue maternelle n'est ni le français, ni l'anglais, la part des coûts alloués à ces personnes est de **6 320 430 \$**, soit **2,9 %** du coût des heures travaillées directement auprès de la clientèle totale.

⁸ Source : Statistique Canada, Recensements 2001, compilations spéciales Direction de santé publique de Montréal.

⁹ En 2001, le nombre de personnes immigrantes dont la durée de séjour est de 10 ou moins à Montréal est de 184 335 (Statistique Canada). En moyenne, 72 % d'entre eux avaient une langue maternelle autre que le français ou l'anglais depuis 1991 (Statistique Canada). Ce qui permet d'estimer à 132 721 le nombre de personnes immigrantes d'une durée de séjour de moins de 10 ans dont la langue maternelle est autre que le français ou l'anglais à Montréal.

¹⁰ Source : AS - 471 Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal

¹¹ Détail des coûts en annexe 2

¹² Coûts directement attribués aux services visant les personnes réfugiées

ANNEXE

Annexe

Année financière 2002-2003

TOTAL des 29 CLSC de Montréal-Centre

Coûts de la masse salariale dans les services à la clientèle

No_ C.A.	Description_c.a.	AS-471 I.12, col 04	AS-471 I.12, col 04
5990	Pratique des sages-femmes	1 183 558 \$	
6173	Soins inf.à domicile (n.r.)	35 231 476 \$	
6240	L'urgence	224 933 \$	
6307	Services de santé courants	15 493 670 \$	
6308	Services de santé courants (h.t.)	202 039 \$	
6351	Inhalothérapie à domicile	10 158 \$	
6380	Services ambul. de psychogériatrie	1 320 137 \$	
6461	Serv.soc.aux revendi.statut réfugié		1 185 503 \$
6462	Serv.santé revendic. statut régugié		183 500 \$
6513	Santé parentale et infantile - CLSC	11 872 397 \$	
6530	Aide à domicile	34 290 480 \$	
6540	Services dentaires préventifs	2 501 589 \$	
6559	Services dentaires curatifs (n.r.)	- \$	
6562	Serv/psycho. autres que PAPA et MAD	12 651 827 \$	
6563	Services psychosociaux aux p.a.p.a.	14 726 902 \$	
6566	Services psy. - MAD autres que PAPA	814 377 \$	
6568	Services psychosociaux (h.t.)	676 795 \$	
6588	Prév./protec. santé publique (h.t.)	114 594 \$	
6589	Prév./protec. santé publique (n.r.)	808 383 \$	
6591	Santé scolaire	8 901 293 \$	
6592	Services sociaux scolaires	5 753 554 \$	
6598	Services en milieu scolaire (h.t.)	227 898 \$	
6831	Radiologie générale	108 777 \$	
6938	Intég.-Réintég.santé mentale (h.t.)	1 219 343 \$	
6939	Intég.-Réintég.santé mentale (n.r.)	5 057 586 \$	
7110	Nutrition	2 146 161 \$	
7121	Interv. comm.-maintien à domicile	1 542 561 \$	
7122	Intervention communautaire - autres	4 624 255 \$	
7160	Ergothérapie et physiothérapie -MAD	10 183 009 \$	
7178	Serv.d'éduc.familiale/sociale(h.t.)	220 137 \$	
		172 107 889 \$	1 369 003 \$

