Rapport annuel de gestion

2012-2013

Québec

Cette publication est une production
de l'Agence de la santé et des services sociaux
de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine

Note

Dans ce texte, le masculin est utilisé dans son sens générique afin d'alléger le texte et désigne aussi bien les femmes que les hommes

Coordination

Jean-Marie Baril, coordonnateur intérimaire au Secrétariat général et à la qualité

Mise en page

Marie-Pierre Boulay, agente administrative

Révision des textes

Marie-Pierre Boulay et Susanne Laflamme, agentes administratives
en collaboration avec les agentes administratives de toutes les directions

Conception de la page couverture

Concept K

Impression

Imprimerie Centre-Ville

ISBN : 978-2-923874-72-2 (version papier)
ISBN : 978-2-923874-73-9 (version électronique)
Dépôt légal, Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2013

Rapport annuel de gestion 2012-2013

Septembre 2013

TABLE DES MATIÈRES

Mot de la présidente-directrice générale et de la présidente du conseil d'administration 7

Déclaration sur la fiabilité des données contenues dans le bilan de suivi de gestion et de l'entente de gestion et d'imputabilité et des contrôles afférents 9

SECTION 1 - AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA GASPÉSIE–ÎLES-DE-LA-MADELEINE 11

Mission et territoire 13

Organisation interne 13

Organigramme 14

Ressources humaines 15

Ressources financières 15

Réseau d'établissements 16

Conseil d'administration 18

Code d'éthique et de déontologie des administrateurs de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine 18

Comités du conseil d'administration 20

SECTION 2 - LES ACTIVITÉS DE L'AGENCE 27

Ententes de gestion et d'imputabilité 29

Attentes particulières de la PDG au regard du réseau de la santé et des services sociaux 30

La gouvernance 32

Les ressources humaines 35

Entreprise en santé 40

Stratégie régionale de main-d'œuvre Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine 41

Projets d'organisation du travail 42

Les ressources matérielles, financières et informationnelles 44

Les organismes communautaires 58

SECTION 3 - LES PROGRAMMES-SERVICES 73

Services généraux psychosociaux 75

Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement et déficience physique 75

Soutien à domicile 78

Ressources de type familial et ressources intermédiaires 79

Dépendances 81

Jeunes en difficulté 83

Personnes âgées 85

Santé mentale 89

Santé physique 91

Santé publique 106

SECTION 4 - ÉTATS FINANCIERS CONDENSÉS 149

Rapport de la direction 151

Rapport du vérificateur sur les états financiers condensés 152

MOT DE LA PRÉSIDENTE-DIRECTRICE GÉNÉRALE ET DE LA PRÉSIDENTE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

En 2012-2013, l'Agence de la santé et des services sociaux de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine a vécu sous le signe du changement de gouvernance. Un nouveau ministre de la Santé et des Services sociaux et ministre responsable des Aînés, une nouvelle ministre déléguée, un nouveau conseil d'administration et une nouvelle présidente, deux nouveaux directeurs généraux au Centre de santé et services sociaux (CSSS) de La Haute-Gaspésie et celui de La Côte-de-Gaspé et à l'Agence, une nouvelle directrice de santé publique, un directeur de la coordination et des ressources humaines temporaire ainsi qu'une nouvelle présidente-directrice générale.

Tout au long de l'année, le fil conducteur des actions de ses ressources humaines est resté le même, soit l'amélioration de l'offre de service de santé et de services sociaux à la clientèle de son territoire. Les efforts d'optimisation et d'efficience dans un constant souci de qualité furent d'autant un défi qu'ils s'exercèrent en favorisant l'autosuffisance régionale en matière de soins et services, en rehaussant la technologie, en recrutant de nouvelles ressources humaines et spécialistes médicaux, en révisant et transformant les pratiques et en renforçant les liens avec les partenaires, en particulier les organismes communautaires et les volets intersectoriels.

Ces efforts se sont particulièrement exprimés par la participation de l'Agence au comité stratégique d'intervention gouvernementale GIM présidé par la première ministre. Ils se sont concrétisés à l'Agence par l'adoption du Cadre de référence en soutien au développement des communautés et par son implication active à la création du Réseau solidaire pour le rayonnement des territoires GIM (RESSORT). De plus, la convention du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) a été adoptée et appliquée avec ses partenaires, dont le Regroupement des organismes communautaires de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine (ROCGIM). Participant à la vitalité de sa collectivité, l'Agence endosse ainsi sa responsabilité populationnelle et son appui aux actions sur tous les déterminants de la santé.

L'accent sur les priorités ministérielles et régionales s'est actualisé en première ligne par le soutien à la création d'un cinquième Groupe de médecine familiale (GMF), soit maintenant un par CSSS, et par le développement de projets d'accueil clinique. Ceci s'est fait tout en maintenant les durées de séjour à l'urgence en deçà des cibles provinciales dans quatre CSSS sur cinq et en réalisant plus de 96 % des chirurgies en moins de six mois.

De même se sont accrues la rapidité d'intervention en situation d'urgence et la disponibilité des ressources ambulancières par de nouvelles adaptations aux services des premiers répondants aux Îles, par la géolocalisation en forêt, par la déclaration de décès à distance et par l'ajout progressif de défibrillateurs dans les véhicules de la Sûreté du Québec.

Les priorités de soutien à l'autonomie des personnes âgées et au vieillir chez soi se sont traduites par une augmentation des services à domicile et services intensifs de réadaptation en Unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) et par le développement et l'application des nouvelles conventions d'hébergement en ressources intermédiaires et de type familial, incluant de nouvelles normes de formation des ressources y œuvrant. La qualité en hébergement en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et résidences privées pour aînés (RPA) se valide maintenant par un nouveau cadre de visites d'accréditation.

Le Portrait de santé de la clientèle jeunesse gaspésienne présente un tableau rassurant, mais cela masque une importante détérioration de la sécurité pour certains enfants, illustrée par une augmentation récente et significative du nombre de signalements et d'interventions. La prévention de la négligence et des situations à risque de violence, l'intervention auprès des jeunes mères et la stimulation précoce des enfants, la concertation entre CSSS et Centre jeunesse sont autant de moyens promus et développés pour y faire face. L'organisation régionale en deux pôles de la pédopsychiatrie vient aussi appuyer une offre de service plus accessible par sa proximité.

Au cœur de ses réalisations en technologie de l'information, le défi de la complémentarité et du partage des expertises s'est concrétisé par l'adoption et la diffusion par le Bureau de gouvernance de la Planification stratégique régionale en ressources informationnelles. Confirmant le rôle stratégique de ces ressources dans l'atteinte de l'efficacité des établissements et l'amélioration des soins et services, la vision vient confirmer l'alignement des actions sur les besoins des utilisateurs cliniques.

Mentionnons également au chapitre des réalisations particulièrement porteuses de solutions à moyen terme pour le recrutement et la rétention de la main-d'œuvre, la poursuite du télé-enseignement en soins infirmiers au CSSS de la Baie-des-Chaleurs, son début au CSSS du Rocher-Percé et sa planification au CSSS de La Haute-Gaspésie pour septembre 2013. De même, de nouvelles bourses de régions éloignées ont été octroyées aux secteurs en forte pénurie de main-d'œuvre pour les volets psychosocial et de réadaptation. Enfin, en sus des démarches de qualité que sont l'agrément des établissements et les visites des ordres professionnels, l'environnement de travail est aussi soutenu par l'engagement dans les programmes Entreprise en santé ou Planetree.

Par ailleurs, l'application du projet de loi n° 100 et la diminution des dépenses de nature administrative et les nouvelles cibles introduites en 2012-2013 maintiennent une pression sur l'Agence et les établissements de santé et de services sociaux de notre région.

L'ampleur de l'effort exigé s'illustre par le déficit totalisant près de 10 M$ au 31 mars 2013, aux dépens de quatre des sept établissements, exigeant de leur part des efforts accrus de redressement, d'optimisation, de transformation des pratiques et de l'organisation du travail.

Il s'est aussi ajouté la Loi sur les contrats des organismes publics et celle sur l'intégrité en matière de contrats publics. Ces nouvelles législations et leurs règlements imposent des modalités d'application complexes qui requièrent temps et énergie à nos ressources. Elles portent les valeurs d'éthique et de transparence, auxquelles l'Agence souscrit entièrement.

L'Agence de la santé et des services sociaux de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine tient à souligner le travail de son personnel et celui des établissements vers l'atteinte des objectifs fixés au cours de la dernière année. Elle salue également l'implication des administrateurs des établissements et de l'Agence qui s'investissent dans les meilleurs intérêts du réseau de la santé et des services sociaux en ces temps particulièrement exigeants.

La présidente du conseil d'administration,

Micheline Lecomte

Micheline Lecomte

La présidente-directrice générale,

Yolaine Galarneau

Yolaine Galarneau

DÉCLARATION SUR LA FIABILITÉ DES DONNÉES CONTENUES DANS LE BILAN DE SUIVI DE GESTION ET DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ 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 de supporter 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 la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, ainsi que les contrôles y afférant sont fiables, et cette information correspond à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2013.

La présidente-directrice générale,

Yolaine Galarneau

Section 1

Agence de la santé et des services sociaux de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine

MISSION ET TERRITOIRE

L'Agence de la santé et des services sociaux de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine est instituée pour exercer les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de la région, particulièrement en matière de financement, de ressources humaines et de services spécialisés. Ses responsabilités sont celles déterminées aux articles 340 et 340.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2).

Son territoire s'étend sur plus de 20 500 kilomètres carrés, dont plus de 600 kilomètres de côtes. Selon le recensement effectué en 2011, 94 079 personnes habitent la région, ce qui représente 1,19 % de la population du Québec, dont approximativement 83 000 en Gaspésie et 13 000 aux Îles-de-la-Madeleine. Environ 9 % (8 900) de la population est d'expression anglaise.

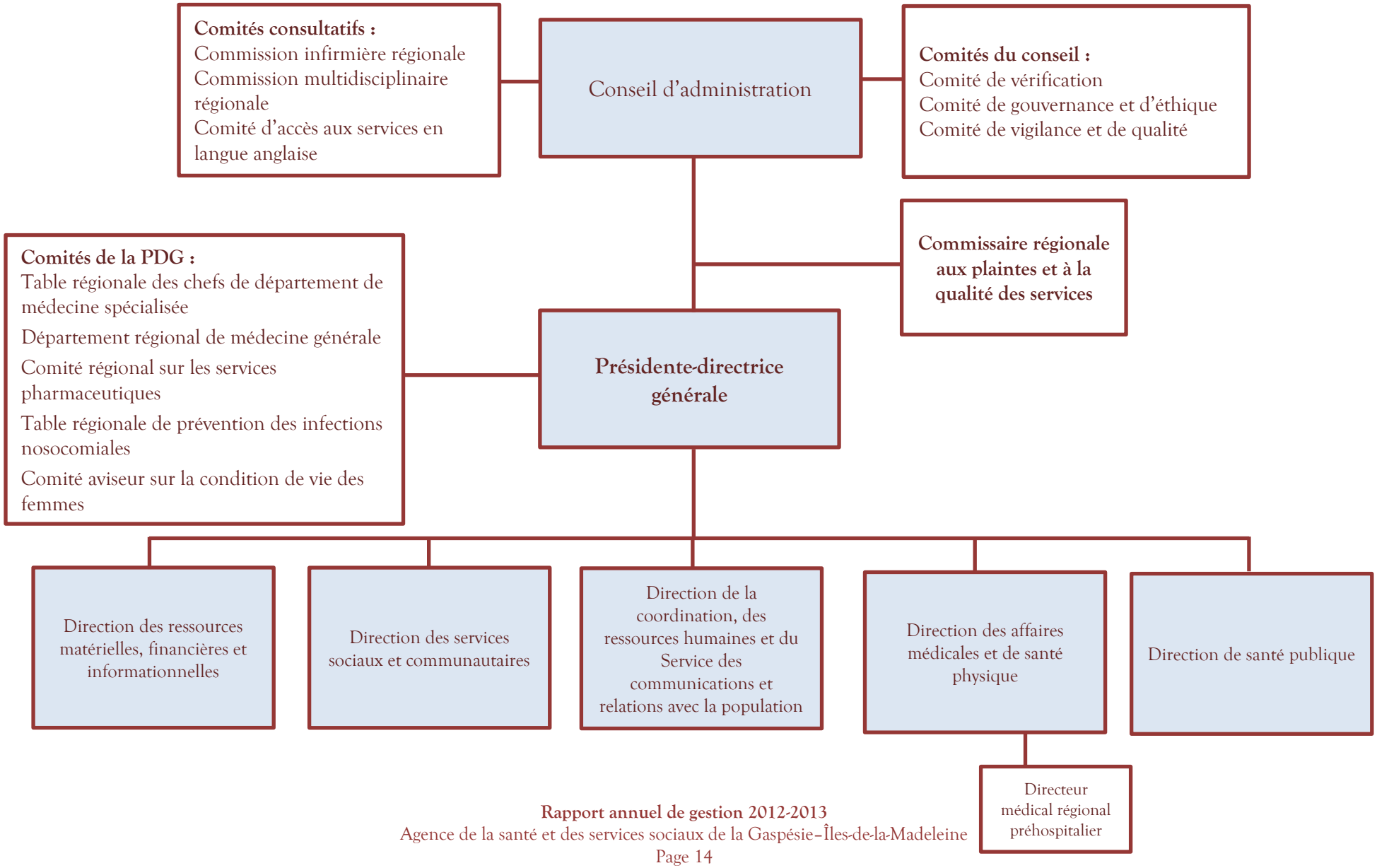
En matière d'organisation des services, la région compte cinq territoires de réseaux locaux. Dans chacun de ces territoires, on retrouve un centre de santé et de services sociaux (CSSS). Ainsi, les réseaux locaux des Îles-de-la-Madeleine, du Rocher-Percé, de la Baie-des-Chaleurs, de La Côte-de-Gaspé et de La Haute-Gaspésie offrent différents services de santé, services sociaux et soins de longue durée, que ce soit dans les hôpitaux, les centres locaux de services communautaires (CLSC) ou les centres d'hébergement. La région dispose également de deux établissements régionaux, soit le Centre jeunesse Gaspésie/Les Îles et le Centre de réadaptation de la Gaspésie qui déploient leurs services dans chacun de ces territoires.

ORGANISATION INTERNE

L'organigramme*de l'Agence comporte cinq directions en plus de la Présidence-direction générale, à savoir : la Direction de la coordination et des ressources humaines, la Direction des ressources matérielles, financières et informationnelles, la Direction des services sociaux et communautaires, la Direction régionale des affaires médicales et de santé physique et la Direction de santé publique. Il est à noter que le Service des communications a été intégré à la Direction de la coordination et des ressources humaines.

*Organigramme en date du 31 mars 2013.

ORGANIGRAMME



RESSOURCES HUMAINES

L'Agence emploie 89 personnes (86,25 postes équivalents temps complet). Le personnel comprend 12 cadres, 71 employés réguliers et 6 employés occasionnels ou contractuels. À cela est inclus un certain nombre de prêts de service à des établissements du réseau doit être recensé.

EFFECTIFS DE L'AGENCE AU 31 MARS 2013								
Statut	**Cadres**		**Employés réguliers**		**Occasionnels et contractuels**		**Total**	
	Pers.	**ETC**	**Pers.**	**ETC**	**Pers.**	**ETC**	**Pers.**	**ETC**
Temps plein	10	10	68	68	3	3	81	81
Temps partiel	2	1,4	3	2,05	3	1,8	5,25	5,4
Total 2013	12	11,4	71	70,05	6	4,8	89	86,25
Total 2012	14	13,4	73	72,05	8	7	95	93,4

RESSOURCES FINANCIÈRES

Le budget d'exploitation des activités principales de l'Agence totalise 6 383 346 $ pour l'exercice se terminant le 31 mars 2013.

Les revenus totaux sont très similaires à ceux de l'an dernier, malgré une diminution des revenus de recouvrement des prêts de service compensée par une augmentation du financement du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

De plus, l'Agence administre des fonds d'activités régionalisées pour 2 820 426 $ et des fonds affectés pour un montant de 23 904 205 $.

Produit	2012-2013	2011-2012	Écart
Fonds d'exploitation – Activités principales	6 383 346 $	6 321 923 $	1,0 %
Fonds des activités régionalisées	1 820 426 $	2 121 769 $	- 14,2 %
Fonds affectés	23 904 205 $	23 052 748 $	3,7 %

RÉSEAU D'ÉTABLISSEMENTS

La région compte sept établissements de santé et de services sociaux, dont cinq centres de santé et de services sociaux (CSSS) et deux établissements régionaux, soit le Centre jeunesse Gaspésie/Les Îles (CJ) et le Centre de réadaptation de la Gaspésie (CR) qui déploient leurs services sur tout le territoire. Ce dernier a aussi la responsabilité de l'Unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI). Signalons que la mission régionale en alcoolisme-toxicomanie est confiée à un CSSS, en l'occurrence le CSSS de La Haute-Gaspésie, et que le mandat des services de réadaptation en déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement aux Îles-de-la-Madeleine est confié au CSSS de l'endroit. Ces établissements offrent des services à la population en fonction de leurs différentes missions à l'intérieur des 57 installations réparties sur le territoire.

Mentionnons que le CSSS du Rocher-Percé a développé, suite à un mandat provincial spécifique un programme de services spécialisés d'évaluation, de traitement et de recherche en milieu carcéral auprès des délinquants sexuels à l'établissement de détention de Percé.

ÉTABLISSEMENT, MISSION EXPLOITÉE ET INSTALLATION						
Établissement	Mission exploitée					Installation
	CH	CLSC	CHSLD	CR	CJ	
Centre de santé et de services sociaux de la Baie-des-Chaleurs	✓	✓	✓			8
Centre de santé et de services sociaux de La Côte-de-Gaspé	✓	✓	✓			7
Centre de santé et de services sociaux de La Haute-Gaspésie	✓	✓	✓	✓		8
Centre de santé et de services sociaux des Îles	✓	✓	✓	✓		7
Centre de santé et de services sociaux du Rocher-Percé	✓	✓	✓			5
Centre de réadaptation de la Gaspésie				✓		14
Centre jeunesse Gaspésie/Les Îles					✓	8
Total	**5**	**5**	**5**	**3**	**1**	**57**

* Source : Application M07

Les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine
CENTRE DE RÉADAPTATION DE LA GASPÉSIE
CSSS de La Haute-Gaspésie
Centre de réadaptation en dépendance L'Escale
Sainte-Anne-des-Monts
Cap-Chat
Marsoui
Mont-Louis
Grande-Vallée
Rivière-au-Renard
Murdochville
Gaspé
Agence de la santé et des services sociaux de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine
Québec
Le Centre jeunesse Gaspésie/Les Îles
Réseau local de La Haute-Gaspésie
Réseau local de La Côte-de-Gaspé
Barachois
CSSS de La Côte-de-Gaspé
Réseau local du Rocher-Percé
Percé
Chandler
CSSS du Rocher-Percé
Réseau local de la Baie-des-Chaleurs
Maria
New Carlisle
St-Omer
Carleton
Bonaventure
Gascons
Pointe-à-la-Croix
Caplan
Paspébiac
Restigouche
Matapédia
CSSS de la Baie-des-Chaleurs
Grosse-Île
Réseau local des Îles-de-la-Madeleine
CSSS des Îles
Cap-aux-Meules
Île-d'Entrée
Bassin
LÉGENDE
Agence de la santé et des services sociaux de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine
Hôpital
CLSC
Centre d'hébergement
Centre de réadaptation (CR)
Installations (CR)
Centre jeunesse (CJ)
Installations (CJ)

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Au 31 mars 2013, le conseil d'administration de l'Agence était composé de treize membres, dont six hommes et sept femmes. Au cours de la dernière année, cinq séances régulières du conseil d'administration ont eu lieu et une séance extraordinaire par conférence téléphonique.

Voici la composition du conseil ainsi que le secteur représenté :

- M[me] Yolaine Galarneau, présidente-directrice générale et secrétaire, Agence;
- M[me] Micheline Lecomte, présidente, Îles-de-la-Madeleine;
- M. Allen Cormier, vice-président, Haute-Gaspésie;
- M[me] Jane Bradbury, Rocher-Percé;
- M. France-Laurent Forest, Côte-de-Gaspé;
- M. Louis-Marie Rivard, Avignon;
- M. Jean-François Devloo, Haute-Gaspésie;
- M[me] Jacqueline C. Babin, Rocher-Percé;
- M[me] Mireille Labbé, Côte-de-Gaspé;
- M[me] Aïda-Dina St-Laurent, Îles-de-la-Madeleine;
- M. Lorne Arsenault, Îles-de-la-Madeleine;
- M[me] Yolaine Arseneau, Côte-de-Gaspé;
- M. René Ouellet, Côte-de-Gaspé.

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS DE L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA GASPÉSIE–ÎLES-DE-LA-MADELEINE

La nomination par le gouvernement des membres du conseil fait en sorte qu'ils sont assujettis aux dispositions du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics découlant de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif (ci-après appelé le Règlement), lequel a pour objet (article 1) :

> « [...] de préserver et de renforcer le lien de confiance des citoyens dans l'intégrité et l'impartialité de l'administration publique, de favoriser la transparence au sein des organismes et entreprises du gouvernement et de responsabiliser les administrations et les administrateurs publics. »

Il est attendu :

- que les membres du conseil d'administration doivent agir dans l'intérêt de l'organisation et de la population pour laquelle elle a été instituée;
- que l'exercice de la fonction des membres du conseil d'administration doive tenir compte des règles de l'efficacité, de la moralité, de la crédibilité, de la confidentialité et de la légalité;
- que les membres du conseil d'administration soient nommés pour contribuer, dans le cadre de leur mandat, à la réalisation de la mission de l'État et, le cas échéant, à la bonne administration de ses biens;
- que les dispositions du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics découlent de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif, de la mission et des valeurs organisationnelles de l'Agence.

Les membres du conseil d'administration, dans l'exercice de leurs fonctions, s'engagent à :

- centrer leurs décisions et leurs actions sur les besoins de l'ensemble des citoyennes et citoyens de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine en vue du rétablissement, du maintien et de l'amélioration de la santé et du bien-être de la population, ainsi que de l'organisation et la gestion d'un système de santé et de services sociaux accessibles, intégrés et de qualité tout en tenant compte des particularités de la région et des ressources mises à leur disposition, le tout en fonction des politiques et orientations gouvernementales;
- respecter, dans l'exercice de leurs fonctions, chacun des articles du présent Code d'éthique et de déontologie de l'Agence ainsi que ceux prévus à la loi et au règlement mentionnés ci-dessus. En cas de divergence, les principes et les règles les plus exigeants s'appliquent.

Ils doivent en outre :

- agir avec objectivité;
- agir avec honnêteté et intégrité;
- agir avec discrétion et retenue;
- agir sans partisanerie politique;
- agir avec loyauté;
- agir avec respect et dignité;
- éviter tout conflit d'intérêts.

En 2012-2013, aucune action n'a été entreprise contre un membre du conseil d'administration à la suite d'un manquement au code d'éthique définissant les règles de conduite à adopter dans l'accomplissement de la fonction d'administrateur de l'Agence.

Le comité-conseil sur l'éthique et la déontologie est composé des membres du conseil d'administration suivants : Mmes Jane Bradbury, Micheline Lecomte et Yolaine Galarneau.

COMITÉS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Comité de vérification

Le comité de vérification s'est réuni à trois reprises au cours de l'année. Les rencontres ont permis de prendre connaissance du rapport financier de l'Agence, des états financiers, de même que du rapport du vérificateur externe aux fins d'adoption par le conseil d'administration.

Le comité de vérification est composé de M[mes] Micheline Lecomte, Yolaine Arseneau et M. Louis-Marie Rivard.

Comité de gouvernance et d'éthique

Les travaux du comité de gouvernance et d'éthique ont débuté cette année par deux rencontres de déblayage en présence de la présidente du C. A., du directeur de la coordination et des ressources humaines et de la PDG. La recherche de documents de support adaptés aux agences fut aussi lancée sans succès véritable compte tenu de la nouveauté du comité pour tous. Des documents au bénéfice des établissements existent, mais nous semblent peu adaptés pour les Agences et cela a été signifié au MSSS.

La présidente du C. A. a proposé en assemblée du conseil d'administration de tenir une première discussion avec tous les membres à la rentrée de l'automne 2013. Les priorités du ministre et le suivi de leur application offrent une première voie de départ.

Comité sur l'accessibilité à des services de santé et des services sociaux en langue anglaise

Le programme d'accès vise à rendre accessible aux personnes d'expression anglaise une gamme de services de santé et de services sociaux en langue anglaise, qui soit la plus complète et la plus près possible de leur milieu de vie.

En ce sens, il vise à identifier, s'il y a lieu, les besoins sociosanitaires et les particularités reliées aux personnes d'expression anglaise de la région, les services de santé et les services sociaux requis pour répondre aux besoins reconnus, les prestataires de services qui ont l'obligation de fournir des services de santé et des services sociaux en langue anglaise, ainsi que les modalités d'accès aux services en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise. Le programme d'accès indique la manière, le service et l'établissement pour lesquels il y a obligation de rendre accessibles en langue anglaise les services de santé et les services sociaux pour cette population, tout en tenant compte des ressources humaines, matérielles et financières des établissements.

Ce programme a été adopté par le conseil d'administration, validé par le comité provincial pour la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise et déposé au MSSS pour l'approbation gouvernementale par décret.

À la suite de l'adoption du Programme d'accès par le gouvernement, un plan de suivi et d'évaluation a été élaboré par le comité régional sur l'accessibilité à des services de santé et des services sociaux en langue anglaise afin de s'assurer que les jalons inscrits dans le programme sont suivis et pour faciliter la révision de ce programme lorsque rendu à échéance.

Il est à noter que le document constitue un engagement de l'Agence, des établissements de santé et de services sociaux et des groupes communautaires à travailler ensemble pour trouver des solutions novatrices, non seulement pour maintenir, mais aussi pour accroître l'accessibilité aux services en langue anglaise. Chaque étape du processus est un exemple de collaboration où plusieurs suggestions et actions touchent individuellement les établissements, mais aussi l'ensemble de la région.

Le comité a jugé bon d'intégrer une vision régionale qui permet une compréhension commune des enjeux et mène à un engagement de chacune des parties à travailler dans le même sens. L'objectif étant d'adopter les meilleures pratiques que chaque partenaire a développées et de les déployer partout sur le territoire. Ensuite, d'exporter ces idées aux régions périphériques où la clientèle anglaise pourrait être dirigée pour des traitements spécialisés.

Le comité a aussi participé à la signature du projet McGill pour le Programme de formation linguistique. Une entente signée en 2010, pour trois ans, a permis aux membres du personnel du réseau de la santé et des services sociaux travaillant directement auprès de la population et des usagers anglophones d'acquérir ou de maintenir leur niveau de connaissance de la langue anglaise. En 2012-2013, pour la 3e et dernière année de ce projet, une somme de 100 000 $ a été rendue disponible et a permis d'inscrire 120 personnes aux cours d'anglais sur tout le territoire de l'Agence. Une entente de service a été convenue avec le Groupe Collégia afin d'organiser et d'offrir ces cours.

Toujours en lien avec la collaboration développée avec l'Université McGill, la dernière année aura permis de mettre en place un autre programme visant l'amélioration de l'accessibilité des services à la population anglophone, soit le programme « Un pont vers l'embauche ». Ainsi, les bases de ce programme auront permis à trois établissements de la région de recevoir un financement leur permettant d'embaucher des stagiaires bilingues dans des titres d'emploi jugés vulnérables. Les retombées de ce programme auront été positives, car un certain nombre des stagiaires embauchés ont par la suite signé des promesses d'embauche au terme de leur formation.

De plus, la dernière année aura permis à l'Agence de mettre en place une base de données lui permettant d'avoir accès à des candidatures de professionnels de la santé désireux de venir pratiquer en région, de mettre en ligne ses offres d'emploi et d'être en mesure de faire le suivi de main-d'œuvre spécialisée, afin d'attirer des ressources humaines et d'être en mesure d'améliorer l'accessibilité aux services en langue anglaise. Combinée à l'avènement de ce nouvel outil, l'Agence aura été présente dans divers salons d'emploi qui se sont tenus un peu partout au Québec. Les efforts déployés nous permettent de croire en l'amélioration constante de l'accessibilité aux services en langue anglaise.

Composition du comité

- M. Francis Boudreau, Centre de réadaptation de la Gaspésie;
- M^me^ Cathy Brown, présidente, Comité d'action sociale anglophone (CASA);
- M^me^ Helena Burke, Council for Anglophone Magdalen Islanders (CAMI);
- M. Jean-François Cassivi, Agence de la santé et des services sociaux GIM;
- M. Jean Faucon, CSSS de La Haute-Gaspésie;
- M. Owen Fugère, CSSS de la Baie-des-Chaleurs;
- M^me^ Martine Lagacé, CSSS des Îles;
- M^me^ Tracy Leotta, Vision Gaspé-Percé Now (VGPN);
- M. Brad McDonald, Agence de la santé et des services sociaux GIM;
- M^me^ Donna Metallic, communauté Listiguj;
- M^me^ Jennifer Roy, Eastern Shores School Board (ESSB);
- M^me^ Michelle Sinnett, CSSS de La Côte-de-Gaspé;
- M^me^ Caroline Stevens, CSSS du Rocher-Percé;
- M. Michel Lachapelle, Centre jeunesse Gaspésie/Les Îles.

Comité de vigilance et de la qualité

Au cours de l'année 2012-2013, trois rencontres ont eu lieu avec les membres du comité de vigilance et de la qualité. Ce comité est institué notamment afin de s'assurer qu'un suivi soit apporté aux recommandations du commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services. Lors de ces rencontres, les membres analysent les suivis apportés aux recommandations émises et s'enquièrent des activités réalisées relativement à la promotion du régime d'examen des plaintes ainsi que des autres activités afférentes aux fonctions de la commissaire. Elle y présente aussi son rapport annuel avant de le déposer au conseil d'administration de l'Agence pour adoption.

Par ailleurs, ce comité est l'occasion de s'assurer que la commissaire dispose des ressources humaines, matérielles et financières nécessaires à l'accomplissement de son travail. Une caractéristique est à noter pour l'année 2012-2013.

Ainsi en raison du congé de maternité à l'été 2012 de la détentrice du poste, M^me^ Caroline Plourde et suite au départ de la première remplaçante, M^me^ Anne Joncas Côté, une troisième personne, M. Roy Whittom a occupé la fonction de commissaire régional. Le rapport actuel est issu des actions des trois personnes s'étant ainsi succédé dans le temps.

Au 31 mars 2013, le comité était constitué des personnes suivantes :

- M[me] Jacqueline Babin, représentante du comité des usagers des établissements;
- M[me] Mireille Labbé, représentante désignée par et parmi les membres du conseil d'administration;
- M. René Ouellet, représentant des organismes communautaires;
- M[me] Yolaine Galarneau, présidente-directrice générale;
- M. Roy Whittom, commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services.

Traitement des plaintes et qualité des services

Au cours de l'année 2012-2013, vingt-deux plaintes ont fait l'objet d'une analyse et ont été conclues par le commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services, lesquelles comportaient trente-sept motifs de plainte. De ce nombre, vingt-quatre motifs de plainte ont fait l'objet d'examen et de traitement sans mesure identifiée et trois ont été refusés. Dix motifs de plainte ont mené à la formulation de recommandations, lesquelles visaient principalement l'organisation du milieu et les ressources matérielles pour quatre d'entre eux, l'aspect financier pour trois motifs, les soins et services dispensés pour deux motifs et enfin l'accessibilité pour un motif. Les plaintes les plus nombreuses concernaient l'aspect financier du Programme régional de transport-hébergement des personnes vivant avec un handicap et la nouvelle politique de déplacement des usagers. Près de 40 % des mesures émises étaient à portée individuelle et 60 % à portée systémique.

La Loi sur les services de santé et les services sociaux prévoit que les plaintes doivent être traitées à l'intérieur d'un délai de 45 jours. Dans 91 % des dossiers de plaintes analysées, les délais ont été respectés. Certaines situations peuvent expliquer le dépassement des délais, telles que la complexité d'un dossier, l'attente d'un document requis pour l'analyse de la plainte ou l'absence d'une personne visée par une plainte. Néanmoins, dans tous les cas où les délais n'ont pu être respectés, les usagers ont été avisés des raisons sous-tendant le non-respect du délai et également de leur droit de recourir sans attendre au Protecteur du citoyen.

Le commissaire a également conclu neuf demandes d'intervention. Huit des neuf demandes d'intervention concernaient des résidences pour personnes âgées et une, un centre d'action bénévole. Des recommandations ont été émises pour améliorer le fonctionnement des résidences et fournir une information plus complète aux résidents. Enfin, cinq demandes d'assistance ont été déposées. Elles visaient respectivement à obtenir de l'aide financière en lien avec la politique de déplacement des usagers, à obtenir des services ou à recevoir du financement pour une ressource communautaire.

Par ailleurs, M[me] Anne Joncas Côté a travaillé à la promotion du régime d'examen des plaintes lors de la Semaine nationale des droits des usagers en participant à un kiosque d'information grand public et en diffusant les dépliants promotionnels relatifs à cette semaine.

Concernant les activités, M[mes] Caroline Plourde et Anne Joncas Côté ont organisé chacune une rencontre respectivement en juin et en octobre avec les commissaires locaux. M[me] Joncas Côté a aussi participé à une réunion avec les commissaires régionaux. Ces rencontres se veulent un lieu d'échanges sur les problématiques communes rencontrées ainsi qu'un moment pour favoriser l'harmonisation des pratiques et travailler collectivement à la recherche de solutions.

Commission infirmière régionale (CIR)

Les membres de la Commission infirmière régionale ont tenu quatre rencontres en 2012-2013. Les échanges ont permis de cibler des priorités régionales et d'amorcer l'élaboration d'un plan de travail.

Les personnes suivantes ont été désignées pour siéger au sein de la Commission infirmière régionale :

COLLÈGE	NOM	ÉTABLISSEMENT
Conseil des infirmiers et infirmières (CII – 4 postes)	M^me^ Aïda-Dina St-Laurent	CSSS des Îles
	M^me^ Marie-France Minville	CSSS de La Côte-de-Gaspé
	M^me^ Marie-Josée Chrétien	CSSS de La Haute-Gaspésie
	vacant	
Gestionnaires des soins infirmiers (DSI – RSI – 2 postes)	M^me^ Marie-France Ouellet	CSSS de La Côte-de-Gaspé
	M. Maxime Bernatchez	CR de la Gaspésie
Cégep de la Gaspésie et des Îles (1 poste)	M^me^ Claudette Samuel	Cégep de la Gaspésie et des Îles
Université du Québec à Rimouski (1 poste)	M^me^ Sonia Leblanc	Université du Québec à Rimouski
Comités d'infirmiers et infirmières auxiliaires (CIIA – 2 postes)	vacant	
	M. Sarto Landry	CSSS de la Baie-des-Chaleurs
Infirmier praticien ou infirmière praticienne (coopté – 1 poste)	M^me^ Renée Rivière	CSSS de la Baie-des-Chaleurs
PDG ou l'infirmier ou l'infirmière qu'il désigne (1 poste)	M^me^ Barbara O'Farrell	Agence de la santé et des services sociaux GIM

Département régional de médecine générale (DRMG)

Le DRMG s'est réuni afin, entre autres, de débattre du PREM en omnipratique et des priorités régionales 2013-2014, du développement d'un nouveaux GMF sur le territoire et le renouvellement de deux GMF, du recrutement médical régional, des activités médicales particulières et de la mise à jour du Cadre régional d'application des mesures incitatives. Le DRMG s'investit de façon soutenue dans l'évaluation d'une solution DME commune pour toute la région.

Commission multidisciplinaire régionale (CMR)

Les membres de la Commission multidisciplinaire régionale (CMR) se sont rencontrés à trois reprises durant la période couverte par le rapport annuel du 1er avril 2012 au 31 mars 2013. Les dossiers qui ont fait l'objet de discussion sont :

- Le Programme d'aide au transport-hébergement pour les personnes vivant avec un handicap;
- L'organisation des services en santé mentale pour la clientèle jeunesse;
- Le Règlement sur la composition et la gestion de la Commission multidisciplinaire régionale;
- La Procédure de référence à l'équipe régionale d'évaluation diagnostique des *troubles du spectre de l'autisme (TSA).*

Les membres de la commission sont :

COLLÈGE	NOM	ÉTABLISSEMENT
Domaine social Professionnels (2 postes)	Mme Claudine Desbiens	CSSS de La Haute-Gaspésie
	Vacant	
Gestionnaire (1 poste)	M. Charles Guérette	CSSS de la Baie-des-Chaleurs
Domaines réadaptation et santé autres que médecine et soins infirmiers Professionnels (2 postes)	M. Jean-François Devloo	CR de la Gaspésie
	M. Tim Sutton	CSSS du Rocher-Percé
Gestionnaire (1 poste)	Mme Nadine Francoeur	CR de la Gaspésie
Techniques (3 postes)	M. Jason Morin	CSSS du Rocher-Percé
	Mme Diane Lebouthillier	CSSS de la Baie-des-Chaleurs
	Mme Nancy Francoeur	CJ Gaspésie/Les Îles
Collège de la Gaspésie et des Îles (1 poste)	Vacant	
PDG ou la personne qu'elle désigne (1 poste)	M. Jean-Marie Baril	Agence de la santé et des services sociaux GIM

Table régionale des chefs de départements de médecine spécialisée

Le processus électoral au sein du comité de direction de la table régionale des chefs a permis la nomination des membres élus le 29 août 2012. La table des chefs est composée de :

- Dre Renée Soucy, présidente, obstétrique-gynécologie, CSSS du Rocher Percé;
- Dre Martine Larocque, chirurgie, CSSS du Rocher Percé;
- Dre Marie-Claude Thériault, imagerie médicale, CSSS de la Baie-des-Chaleurs;
- Dre Marie Larue, chirurgie, CSSS de la Baie-des-Chaleurs;
- Dre Marie-Ève Nadeau, chirurgie, CSSS de La Haute-Gaspésie;
- Dr Jean-René Hamel, anesthésiologie, CSSS de La Côte-de-Gaspé;
- Dr Luc Dansereau, médecine, CSSS des Îles.

Les travaux de la table portent principalement sur l'organisation des services spécialisés dont la garde régionale, les corridors de services intra et extra régionaux et les ententes de services. En 2012-2013, les spécialités de la pédiatrie et de la pédopsychiatrie ont été priorisées.

Au cours du plan quinquennal du Plan régional des effectifs médicaux (PREM) en spécialité, l'exercice prévoit une évaluation à mi-chemin, soit en 2013, afin de faire le bilan régional et d'ainsi adresser des réajustements au besoin. Pour la région, il n'y a pas de développement prévu, sauf en regard des postes réseau obligatoires qui demandent de développer des ententes et des corridors de services formels avant d'obtenir l'autorisation d'en disposer. Ces postes réseau sont prévus en neurologie, en rhumatologie et en gériatrie.

Comité aviseur sur la condition de vie des femmes

Le mandat du comité est de conseiller et de donner des avis à l'Agence et le cas échéant, aux CSSS et aux autres établissements, sur toute problématique influençant l'état de santé et de bien-être des femmes du territoire. À ce titre, le comité collabore au développement de différents programmes, projets ou dossiers et veille à ce que les services soient accessibles et adaptés à la réalité des femmes du territoire. Le comité peut également être sollicité pour participer aux processus de consultation ou de concertation lors de l'élaboration de différents dossiers par l'Agence. Il est composé de neuf personnes issues des groupes de femmes, du réseau de la santé et des services sociaux, du Conseil du statut de la femme et de l'Agence.

Au cours de l'année 2012-2013, le comité a tenu deux rencontres au cours desquelles il a notamment contribué à soutenir l'offre pour le réseau d'une formation sur l'analyse différenciée selon les sexes et déterminé ses priorités de travail pour les prochaines années, à savoir l'analyse différenciée selon les sexes, l'image corporelle et la violence conjugale.

Section 2

Les activités de l'Agence

ENTENTES DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

La Loi sur les services de santé et les services sociaux prévoit que le MSSS détermine dans le cadre d'une entente de gestion et d'imputabilité, qu'il conclut avec une agence, les objectifs que cette dernière doit atteindre pour une période visée. L'année 2012-2013 a permis de poursuivre la transformation du processus des ententes de gestion dans une optique d'intégration des différentes redditions de comptes, mais aussi d'assurer une plus grande cohérence entre les planifications stratégiques nationale, régionale et locale. Cette dernière a été officialisée avec le MSSS en mai 2012 et les établissements ont procédé à la ratification de leur entente avec l'Agence de la santé et des services sociaux de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine à l'été 2012, intégrant en cours d'année les priorités du nouveau ministre de la Santé et des Services sociaux, M Réjean Hébert, élu en septembre 2012.

L'Entente de gestion et d'imputabilité 2012-2013 comprenait différentes sections en lien avec l'équilibre budgétaire, les priorités ministérielles, l'offre de service, les ressources humaines de même que les priorités régionales déterminées par le président-directeur général. L'Agence a également intégré les principaux objectifs concernant son plan de travail et les pistes d'optimisation déterminées autant par le MSSS que l'Agence.

Cette dernière a procédé au cours de l'année à la reddition de comptes avec les établissements de santé et de services sociaux de la région afin de vérifier l'atteinte des cibles et des engagements pour chacun des indicateurs de gestion déterminés. Les rencontres se sont déroulées aux périodes 7 et 13 de l'année financière. L'Agence a notamment été en mesure de discuter avec les équipes de direction des établissements des motifs qui expliquent l'atteinte ou non des cibles fixées, et de recueillir leurs commentaires sur les difficultés ou problématiques vécues dans les établissements au regard de certains indicateurs. Les plans de redressement budgétaire de quatre des CSSS ont occupé une part importante des échanges.

ATTENTES PARTICULIÈRES DE LA PDG AU REGARD DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Fiche de reddition de comptes 2012-2013		
Axe	**Les attentes du PDG**	
Sujet	***Réalisé***	***Non réalisé***
Réalisation du Plan de développement des ressources informationnelles	Partiellement	
Hiérarchisation des offres de service en santé mentale : 1. Service jeunesse 2. Psychiatrie légale 3. Troubles complexes 4. Services d'hébergement	1. Partiellement 2. Non réalisé 3. Partiellement 4. Selon le plan d'implantation	
Redéploiement des services préhospitaliers d'urgence	Réalisé	
Poursuite des projets d'optimisation	En cours	

Commentaire

Réalisation du Plan de développement des ressources informationnelles
La Planification stratégique régionale des ressources informationnelles 2012-2015 a été adoptée le 29 novembre 2012 par le Bureau de gouvernance puis transmise le 30 janvier 2013 auprès des gestionnaires et professionnels concernés du réseau. Un plan directeur doit maintenant être produit et l'engagement d'un directeur régional des ressources informationnelles permettra sa réalisation.

Hiérarchisation des offres de service en santé mentale
La hiérarchisation des offres de service en santé mentale et l'implantation des plans d'action reliés aux orientations régionales se poursuivent sur quelques années.

Les services externes jeunesse se structurent avec une équipe déployée en deux pôles, soit dans la Baie-des-Chaleurs et à Gaspé. Les professionnels sont ciblés et l'offre de service pour les territoires respectifs a débuté. L'hospitalisation de moyenne durée ainsi que celle de troisième ligne restent à concrétiser.

En psychiatrie légale, bien que le mandat soit connu, l'actualisation tarde à se déployer. Il y a eu peu d'avancement dans ce dossier pendant l'année.

La hiérarchisation des services pour la clientèle ayant des troubles complexes s'organise autour d'une résidence à assistance continue (RAC). L'Agence a financé une chargée de projet afin d'accélérer le projet. L'équipe de la Baie-des-Chaleurs devra amorcer une offre régionale d'hébergement et de réadaptation dans la prochaine année budgétaire.

Redéploiement des services préhospitaliers d'urgence
En février 2012, après avoir obtenu la confirmation de la récurrence du montant de 3 000 000 $ octroyé dans le cadre du projet-pilote, l'Agence annonce la fin de celui-ci afin de poursuivre les travaux de réorganisation des services préhospitaliers d'urgence amorcés avec les différents partenaires. En s'appuyant sur les résultats positifs obtenus lors du projet-pilote, l'objectif consistait en l'optimisation des ressources ambulancières disponibles dans la région afin d'assurer une prestation de services équitable à l'ensemble de la population.

Un comité de travail a proposé un scénario consistant à redéployer sur tout le territoire de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine les ambulances opérant sur des horaires à l'heure afin de permettre à un plus grand nombre de zones de bénéficier de ce type de couverture.

Les résultats obtenus démontrent que dans l'ensemble, les délais entre l'affectation des techniciens ambulanciers et leur arrivée sur les lieux de prise en charge sont plus équitables pour l'ensemble de la population. À titre d'exemple, en 2011, pour la période du 22 avril au 15 décembre, ce délai était de 12 min 12 s pour la zone 110, comparativement à 6 min pour la zone 111. Pour la même période en 2012, on observe un temps-réponse équivalent pour les deux zones.

En comparant les délais d'intervention entre les zones, on constate rapidement que la disparité qui existait en 2011 entre les zones où étaient concentrés les horaires à l'heure et celles où l'on retrouvait seulement des horaires de faction s'est estompée après la réorganisation de 2012.

L'objectif de diminuer le temps-réponse dans les zones à risque est atteint. La stabilisation des charges de travail des techniciens ambulanciers a aussi été atteinte.

Poursuite des projets d'optimisation
Nous avons du retard à l'égard des projets d'optimisation et les gains sont moindres que prévu. Le faible volume en région nous affecte dans les rendements anticipés, nos établissements doivent compenser par d'autres mesures pour absorber les réductions budgétaires associées aux projets d'optimisation. Il y a tout de même des possibilités de rattrapage puisque nous profiterons des expériences des autres régions.

LA GOUVERNANCE

Fiche de reddition de comptes 2012-2013	
Axe	**Une gestion performante et une gouvernance imputable**
Objectif de résultat	1. Développer un mode de fonctionnement entre l'Agence et ses partenaires favorisant une atteinte plus optimale des mandats dévolus au réseau de la santé et des services sociaux
	2. Développer une approche dynamique de support et de complémentarité entre les réseaux locaux de services (RLS), les CSSS et les partenaires afin d'assurer une accessibilité et une continuité optimales des services au sein de la région
	3. Favoriser pour la Gaspésie et les Îles-de-la-Madeleine un réel fonctionnement en réseau sur le plan local, régional et suprarégional
	4. Développer une expertise régionale et supporter les établissements dans la gestion de la performance
	5. Favoriser la qualité et la cohésion des communications internes et externes de l'Agence
	6. Fournir une information actualisée sur le développement du réseau régional et des réseaux locaux et identifier les succès obtenus dans différents secteurs d'activité

Indicateurs	***Résultat 2012-2013***
1. Tenir des rencontres annuelles avec les établissements et les C. A.	Réalisé
2. Mise en place du mécanisme de référence des situations difficiles et des menaces dans les territoires locaux	Réalisé
3. Orientations, corridors et ententes ꕥ Orientations complétées dans l'ensemble des programmes	Réalisé partiellement
ꕥ Formalisation des corridors de services en cardiologie, pneumologie, urologie, hémato-oncologie, neurologie. Ententes de partenariat signées au local, régional et suprarégional	**Réalisé partiellement** Corridor de services formel en hémato-oncologie avec le CSSS Rimouski-Neigette En pneumologie, le corridor de services pour les établissements de la Gaspésie est le CSSS de Rimouski-Neigette (sauf pour les services de ventilation à domicile qui sont offerts à l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec). En pneumologie, le CSSS des Îles obtient des services directement de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec. Pour ce qui est de la cardiologie, les services de deuxième ligne sont donnés au CSSS Rimouski-Neigette et ceux de troisième ligne sont donnés à Québec Les ententes suprarégionales concernant l'urologie et la neurologie sont en discussion avec le Bas-St-Laurent

	Des ententes seront établies régionalement entre les Îles-de-la-Madeleine et les établissements de la Gaspésie pour la consommation de services en orthopédie, en ORL, en pédopsychiatrie, en dermatologie, en pédiatrie et en ophtalmologie
∞ Corridors établis dans les programmes de santé mentale, pédopsychiatrie, psychiatrie légale, déficience physique et dépendances	Les corridors sont établis dans les programmes Dépendances et Déficience intellectuelle (clientèle URFI, ACV, grands brûlés) Toutefois, il reste à concrétiser ceux en hospitalisation santé mentale, pour la clientèle jeunesse, ainsi qu'en psychiatrie légale
∞ En santé physique, mise en place de corridors de services intra et extrarégionaux pour les services diagnostiques et en médecine spécialisée	Les corridors de services ont été déposés aux établissements. En raison de sa situation géographique et des ententes particulières, le CSSS des Îles a une organisation de corridors de services en médecine spécialisée distincte de la péninsule gaspésienne. Les corridors de services sont conformes aux territoires définis du RUIS-Laval Les politiques d'aide au transport sont sujettes aux corridors de services
∞ Signature des ententes de gestion	Réalisée
4. Gestion de la performance ∞ Création d'une cellule d'optimisation des meilleures pratiques administratives et professionnelles regroupant des ressources reconnues pour leur expertise au sein des établissements de la région ∞ Suivis des plans d'action	En voie de réalisation
5. Réalisation d'un plan de communication régional harmonisé avec les plans d'action locaux	En partie, selon les établissements et non réalisé au plan régional
6. Mettre en place des mécanismes de diffusion de l'information et des bons coups	En partie, selon les établissements et l'Agence

Commentaire

1. Tournée des établissements réalisée à l'été 2012 par le président-directeur général sortant et des membres de son équipe de direction.
2. Mise en place faite. Avis précoces transmis et états de situation produits.
3. Hiérarchisation partielle du réseau, en voie de réalisation.
4. En voie de réalisation, suite au départ du directeur de la coordination et des ressources humaines, l'Agence doit se repositionner à cet égard.
5. Les établissements complètent peu à peu le processus de rédaction de leur plan de communication et certains l'ont même déjà complété. Une session de formation en communication, le *Face-à-face média*, a été offerte aux gestionnaires et à certains professionnels de l'Agence. Une approche proactive par thème est en discussion.
6. Pour ce qui est de la diffusion des réalisations, plusieurs journaux internes dans les CSSS et l'Agence ont maintenu leurs activités. Les journaux sont destinés au personnel des établissements et aux membres du C. A. Le départ du directeur de la coordination et des ressources humaines de l'Agence n'a pas permis d'avancée régionale.

LES RESSOURCES HUMAINES

Fiche de reddition de comptes 2012-2013	
Axe d'intervention	***Disponibilité et utilisation optimale de la main-d'œuvre du réseau***
Objectif de résultat	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'activité clinique

Indicateur	*Résultat 2011-2012*	*Engagement 2012-2013*	*Résultat 2012-2013*
3.08 Pourcentage d'établissements et d'agences ayant mis à jour leur plan de main-d'œuvre	100 %	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		70 %	85 %
3.05.01 Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par les infirmières	6,68 %	6,81 %	7,47 %
3.05.02 Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par l'ensemble du personnel du réseau	3,64 %	3,63%	3,54 %
3.06.01 Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières	0,43 %	0,19 %	1,38 %
3.06.02 Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières auxiliaires	0	0	0
3.06.03 Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les préposés aux bénéficiaires	0	0	0,07 %
3.06.04 Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les inhalothérapeutes	-	4,35 %	0,02 %

Commentaire

3.05.01 et 3.06.01 : Le temps supplémentaire a été à la hausse dans la dernière année malgré les efforts de tous. Le recrutement se poursuit et de nouvelles embauches devraient permettre d'atténuer à court et moyen terme le temps supplémentaire et l'utilisation non généralisée de la main-d'œuvre indépendante en ce qui a trait aux infirmières. Le programme de télé-enseignement, qui permet aux infirmières auxiliaires de compléter un programme d'infirmière, verra une première cohorte compléter le programme en décembre 2013. En 2013-2014, ce programme sera répandu dans toute la région. Chaque nouvelle année nous apportera un nombre de nouveaux finissants. Des projets d'organisation du travail ont eu lieu et sont en cours dans nos établissements :

- **CSSS des Îles et Rocher-Percé :** Optimisation des soins à domicile (interétablissement);
- **CSSS de La Côte-de-Gaspé :** Projet Lean dans le cadre de l'amélioration des conditions d'exercice des cadres (structure de gestion en cogestion à l'urgence, clarification des rôles et responsabilités des gestionnaires);
- **Centre jeunesse Gaspésie/Les Îles :** Optimisation des processus de travail pour les chefs de service;
- **CSSS de la Baie-des-Chaleurs et Haute-Gaspésie :** Projet interétablissement visant l'organisation du travail, à réaliser en 2013-2014.

Toutes ces actions réunies devraient nous permettre d'améliorer les cibles à court terme.

Fiche de reddition de comptes 2012-2013	
Axe d'intervention	***Rétention et mieux-être au travail***
Objectif de résultat	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 MSSS 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

Indicateur	***Résultat 2011-2012***	***Engagement 2012-2013***	***Résultat 2012-2013***
3.14 Pourcentage d'établissements ayant obtenu un agrément incluant le volet de mobilisation des ressources humaines		2	Poursuite des démarches
3.13 Pourcentage d'établissements accrédités par un programme reconnu visant l'amélioration du climat de travail		Aucun	Poursuite des démarches
3.01 Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	5,84	5,61	5,97
3.10 Pourcentage d'établissements ciblés ayant mis en œuvre leur Programme de soutien clinique - volet préceptorat		60 %	80 %

Commentaire

3.14 : À ce jour, deux établissements ont reçu leur agrément incluant le volet de mobilisation des ressources humaines.

3.13 : Trois de nos établissements sont en cours d'accréditation. L'état d'avancement varie d'un établissement à l'autre, le pourcentage global étant de 42,86.

3.10 : Tous les établissements ont mis en œuvre leur Programme de soutien clinique - volet préceptorat. Un de nos établissements n'a pas été actif dans la dernière année, ce qui justifie le résultat 2012-2013 de 80 %.

Un portrait des salariés

Le nombre de salariés réguliers à temps complet est en augmentation progressive depuis les quatre dernières années, soit de 9,27 % de 2009-2010 à 2012-2013. Cette augmentation est plus significative en 2012-2013 avec 4,96 % par rapport à l'année précédente. Pour ce qui est des salariés réguliers à temps partiel, qui sont également en augmentation, les données sont comparables à 2009-2010. Par contre, les équivalents temps partiel occasionnels sont en baisse de 7,07 %, ce qui représente le nombre le plus bas pour les quatre dernières années.

ÉVOLUTION DE L'EMPLOI CHEZ LE PERSONNEL SYNDIQUÉ (1)				
	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013
TCR	1 661	1 675	1 725	1 815
TPR (ETP)	753	737	638	752
TOTAL PARTIEL	**2 414**	**2 412**	**2 363**	**2 567**
TPO (ETP)	879	912	911	841
TOTAL (ETP)	**3 293**	**3 324**	**3 274**	**3 408**

Source : Rapports financiers des établissements (AS-471)
(1) Excluant le personnel bénéficiant des mesures de sécurité d'emploi
TCR : temps complet régulier
TPR (ETP) : temps partiel régulier (équivalent temps plein)
TPO (ETP) : temps partiel occasionnel (équivalent temps plein)

Un portrait du personnel d'encadrement

Le personnel d'encadrement temps complet régulier a baissé de 4,82 % dans la dernière année. On remarque que quelques-uns se sont prévalus du programme de retraite anticipée.

ÉVOLUTION DE L'EMPLOI CHEZ LE PERSONNEL CADRE (1)				
	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013
TCR	167	177	166	158
TPR (ETP)	8	9	11	17
TOTAL	**175**	**186**	**177**	**175**

Source : Rapports financiers des établissements (AS-471)
(1) Excluant le personnel bénéficiant des mesures de stabilité d'emploi
TCR : temps complet régulier
TPR (ETP) : temps partiel régulier (équivalent temps plein)

L'encadrement dans le réseau

Le niveau d'encadrement a connu une légère diminution dans la région. Le nombre de syndiqués par cadre en équivalent temps plein est de 19,47.

ÉVOLUTION DU NIVEAU D'ENCADREMENT[1]				
	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013
PS	3 293	3 324	3 274	3408
PC	175	186	177	175
PS/PC	18,82	17,87	18,50	19,47

(1) Excluant le personnel bénéficiant de mesures de stabilité ou de sécurité d'emploi
PS : personnel syndiqué
PC : personnel cadre
PS/PC : nombre de syndiqués par cadre (en équivalent temps plein)

La précarité d'emploi

ÉVOLUTION DES HEURES RÉMUNÉRÉES [1]				
	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013
HRT	6 434 272	6 498 925	6 628 049	6 634 285
HR/SO	1 608 283	1 691 027	1 769 542	1 637 025
% SO/HR	25	26	26,69	24,67

Source : Rapports financiers des établissements (AS-471)
HRT : heures rémunérées totales
HR/SO : heures rémunérées aux salariés occasionnels
% SO/HR : pourcentage des heures rémunérées aux salariés occasionnels par rapport aux heures rémunérées totales

La santé des employés

Pour faire suite à notre engagement auprès du MSSS et pour réussir à diminuer notre taux d'absentéisme, le plan d'action régional 2005-2008 a été révisé. En lien avec les orientations ministérielles en matière de gestion de la présence au travail, il permet de soutenir les établissements différemment et surtout d'être plus près des nouvelles réalités du travail.

Plusieurs actions, tant régionales que locales, ont été portées dans la dernière année afin d'initier une culture régionale de santé et de bien-être au travail.

Au niveau de la gestion de la présence au travail, nous avons tenu des rencontres d'information avec les omnipraticiens en région ainsi que des ateliers de sensibilisation et d'implication des cadres à la gestion de la présence au travail. De plus, l'Agence, le CSSS de La Côte-de-Gaspé ainsi que le Centre jeunesse Gaspésie/Les Îles poursuivent la démarche afin d'obtenir leur certification Entreprise en santé et Planetree.

Au-delà des cibles à atteindre, les objectifs sont d'améliorer le climat de travail par une approche humaniste à tous les niveaux et ainsi contribuer à la rétention, à l'attraction et à la fidélisation de la main-d'œuvre. Cette approche pourrait avoir des effets positifs sur la situation financière du réseau.

Bien que la cible de l'année en cours n'ait pas été atteinte (pourcentage des heures en assurance salaire), les actions réalisées et les démarches entreprises par les établissements jumelées aux efforts déployés régionalement ont porté ses fruits et se poursuivent afin d'améliorer le climat de travail et de favoriser la santé et le bien-être de chacun.

ÉVOLUTION DES HEURES EN ASSURANCE SALAIRE [1]				
	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013
% HAS en province	5,54	-	-	-
HT GIM	4 861 683	4 899 290	5 023 081	5 003 953
HAS GIM	290 286	317 033	301 923	291773
$P GIM	5 670 359	6 184 378	5 987 256	6 103 010
% HAS GIM	6,04	6,5	5,92	5,97

Source : Rapports financiers des établissements (AS-471)
HT : heures travaillées
HAS : heures en assurance salaire (excluant délai de carence)
% HAS : pourcentage des heures en assurance salaire
$ P : coût des prestations en assurance salaire (excluant délai de carence)

Note : Pour demeurer comparables aux chiffres calculés par le MSSS, les heures supplémentaires ont été ajoutées aux heures travaillées à temps régulier.

ENTREPRISE EN SANTÉ

En 2011, l'Agence s'est engagée dans une démarche visant à obtenir la certification Entreprise en santé. La direction a annoncé son intention en septembre 2011 lors d'une rencontre du personnel durant laquelle les employés ont démontré un intérêt certain à s'impliquer dans le projet. La direction s'est alors engagée dans le processus et un comité de pilotage, comprenant des représentants du personnel d'encadrement et des employés, a été mis sur pied.

Qu'est-ce qu'Entreprise en santé?

C'est une démarche que s'approprient tout autant le personnel que les gestionnaires qui participent, par le biais de la prévention, de la promotion et des pratiques organisationnelles favorables à l'amélioration de la santé dans le milieu de travail. Cette démarche fait également partie des orientations nationales et régionales au regard de la planification stratégique 2010-2015.

Lorsqu'elle est menée sur une longue période, la démarche Entreprise en santé évolue en un projet commun à partir duquel il devient stimulant d'apporter des améliorations autour des quatre sphères suivantes :

1. Les habitudes de vie.
2. L'environnement de travail.
3. La conciliation travail-vie personnelle.
4. L'appréciation du degré de mobilisation.

Les prochaines étapes

Un sondage a été mené au début de l'été 2012 auprès du personnel ayant comme but de connaître les éléments pour lesquels les préoccupations étaient le plus prononcées. Les résultats ont par la suite été transmis aux employés à la rencontre du personnel à l'automne 2012.

De ces résultats, quatre dimensions sont ressorties comme étant des priorités élevées, soit : l'alimentation, l'activité physique, l'environnement de travail et l'implication. À partir de ces constats, un groupe de discussion a été mis sur pied afin d'échanger sur les solutions qui permettraient d'adresser ces priorités et de faire en sorte que l'organisation puisse devenir une entreprise en santé. Un rapport final a été déposé à l'Agence.

Pour la prochaine année, un comité santé et mieux-être au travail sera mis sur pied. Celui-ci aura, à partir des préoccupations exprimées par les employés dans le sondage et suite aux recommandations du groupe de discussion, à proposer un plan de travail qui permettra à l'organisation de prendre en main les différents chantiers ciblés afin d'acquérir la norme Entreprise en santé.

STRATÉGIE RÉGIONALE DE MAIN-D'ŒUVRE GASPÉSIE-ÎLES-DE-LA-MADELEINE

Stratégies de recrutement de main-d'œuvre

Au cours de l'année 2012-2013, l'Agence a mis en place des stratégies de recrutement de personnel, en lien avec son document intitulé Stratégies et perspectives régionales de main-d'œuvre Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine 2010-2015. Des moyens ont été mis en place afin de rehausser la visibilité de sa région, sa notoriété, ses liens avec les étudiants, etc. Pour ce faire, l'Agence a saisi les opportunités qui se sont présentées à elle :

- Lors d'un appel de projets du *Communauty Health Social Services Network* (CHSSN), l'Agence a déposé un projet dans lequel un agent d'information a été embauché. En plus d'assurer le lien entre la population d'expression anglaise et les services, il effectuait des activités de recrutement de personnel bilingue. Ce dernier était en poste depuis août 2010 et a, entre le 1er avril 2012 et le 31 mars 2013, participé à trois évènements hors région. Il est à noter que le financement pour ce projet a pris fin le 31 mars 2013 et que le poste de recruteur bilingue n'a donc pu être renouvelé.
- Une stratégie a été établie avec la Commission jeunesse Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine ayant pour objectif de réaliser en partenariat des activités de recrutement. En conséquence, l'Agence a participé à des activités avec Place aux jeunes notamment lors de la Semaine des régions à l'Université Laval. Le Carrefour jeunesse-emploi du Rocher-Percé a aussi accompagné l'Agence à deux activités.
- L'Agence a continué d'utiliser le visuel régional qu'elle a élaboré en 2010, ainsi que les outils harmonisés qui ont été développés. Des articles promotionnels ont pu être remis lors des activités de recrutement.
- L'Agence a poursuivi la phase II du projet « Malade d'la santé » lancé en septembre 2010. Rappelons que ce projet vise à sensibiliser les jeunes du 3e secondaire aux professions de la santé et des services sociaux. Il comprend 8 capsules vidéo, un site Internet et des cartables d'information. Dès l'automne 2013, les deux nouvelles capsules vidéo (sur la profession de médecin et de travailleur social) seront mises à la disposition des jeunes du secondaire. Deux nouvelles écoles ont été sollicitées pour prendre part à cette deuxième phase, soit l'école secondaire C.-E.-Pouliot de Gaspé et l'école secondaire de Carleton.
- Notons aussi que pour inciter les jeunes intéressés à s'inscrire dans un programme d'études en santé ou services sociaux, l'Agence a diffusé sur les ondes des chaînes CHAU-TVA et CFTF-V une publicité pendant le mois de février, donc juste avant la fin de la période d'inscription au cégep. La publicité comprend des images des capsules vidéo du projet « Malade d'la santé ».
- L'agente de planification, de programmation et de recherche attitrée au recrutement a participé à plusieurs activités de recrutement, soit le Carrefour de l'emploi de l'Université Laval, la Journée carrières en santé et services sociaux de l'Université de Sherbrooke, la Journée carrières en santé et services sociaux de l'Université Laval, la Journée carrières en santé et services sociaux de l'Université du Québec à Rimouski, la Journée des cycles supérieurs de l'Université de Sherbrooke, la Journée de la pharmacie de l'Université Laval et le Salon de la santé et des services sociaux au Palais des congrès de Montréal.

- L'Agence continue de développer sa page Facebook pour entretenir des liens avec la population, les candidats potentiels et les étudiants.
- La région bénéficie depuis 2012 d'un nouveau programme de bourses financé par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Seules cinq régions peuvent profiter de ce programme. Pour la première année de mise en candidature, treize boursiers ont été choisis. Il est à noter que le programme s'adresse aux étudiants en ergothérapie, physiothérapie, orthophonie, audiologie, travail social, psychologie ou tout autre domaine jugé vulnérable par la région, à l'exception de la médecine, des soins infirmiers et de la pharmacie. Un projet spécifique existe pour les médecins et les pharmaciens.

PROJETS D'ORGANISATION DU TRAVAIL

Projet améliorant le travail des cadres

Dans le cadre des projets d'amélioration des conditions d'exercice du travail des cadres, deux établissements de la région ont développé des projets mettant en pratique l'approche LEAN, soit le CSSS de La Côte-de-Gaspé et le Centre jeunesse Gaspésie/Les Îles.

Le projet du centre jeunesse visait à optimiser les processus de travail des chefs de services sociaux au plan des tâches administratives afin de leur permettre plus de temps clinique et de perpétuer de bonnes relations avec les partenaires locaux.

Le CSSS de La Côte-de-Gaspé avait comme projet la clarification des rôles et responsabilités des cogestionnaires clinico-administratifs et médicaux dans le but d'améliorer leur satisfaction et celle de leurs employés.

Ces projets se veulent innovant en matière de pratique de gestion en transformant le rôle des gestionnaires dans le but d'améliorer leurs conditions d'exercice.

Programme de relève des cadres

À l'heure actuelle, différentes formations ont été offertes, dont le programme de maîtrise en gestion et développement des organisations de l'Université Laval destiné à la relève-cadre.

En 2012-2013, l'Agence a offert aux établissements de la région un nouveau programme de formation en gestion complémentaire destiné aux cadres en exercice. Le programme CORS (compétences organisationnelles reconnues et soutenues) vise à fournir à chaque cadre participant un coffre à outils et un réseau d'échange lui permettant d'approfondir et de s'approprier certaines compétences, de développer certaines habiletés et d'en consolider d'autres requises dans l'accomplissement de ses fonctions. Il permet d'effectuer un travail d'introspection et d'analyse de ses attitudes de gestionnaire et d'augmenter son rendement dans sa gestion au quotidien.

Programme de relève des cadres supérieurs

Lancé en 2011-2012 par le MSSS, le Programme de relève des cadres supérieurs a permis la participation de deux personnes de la région.

Projet interétablissement

Garant de l'expertise développée, le CSSS du Rocher-Percé s'est vu octroyer un montant de 125 000 $ par le biais d'un projet interétablissement visant le partage des connaissances avec un autre établissement et le soutien dans sa réorganisation. C'est le CSSS des Îles qui, désireux d'optimiser ses soins à domicile, profite de la démarche, des outils, des formations et d'autres volets du projet vitrine. Il faut mentionner que l'ensemble des CSSS a entamé les démarches pour implanter cette organisation de services au sein de leurs établissements.

Rappelons que le CSSS du Rocher-Percé a optimisé ses services dans les soins à domicile depuis l'implantation d'un projet Vitrine financé par le MSSS il y a quelques années. En effet, le MSSS avait annoncé un investissement pour la mise en place de projets en organisation du travail en soins infirmiers dans chacune des régions du Québec, dont la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine. Développé suite à cet investissement, ce projet a connu un fier succès et la réorganisation du travail a réellement optimisé l'utilisation de la main-d'œuvre en santé et services sociaux, tout en favorisant une meilleure qualité et accessibilité aux soins et services pour la population du secteur du Rocher-Percé.

Télé-enseignement

Débuté en 2011, le projet de télé-enseignement se poursuit dans la région, toujours en partenariat avec le Cégep de la Gaspésie et des Îles. Il permet d'offrir à l'intérieur des murs de l'hôpital une formation technique en soins infirmiers regroupant des étudiants issus du secondaire et des infirmières auxiliaires qui souhaitent poursuivre des études collégiales en soins infirmiers. Le projet a été étendu aux secteurs du Rocher-Percé et de la Baie-des-Chaleurs avec succès et nous travaillons présentement à l'implanter en Haute-Gaspésie.

DEC-BAC en soins infirmiers

Disponible en télé-enseignement, le programme de formation DEC-BAC en soins infirmiers, initié en 2010, connaît toujours du succès. Cette mesure permet aux jeunes de ne plus avoir à quitter la région afin de poursuivre des études universitaires et aux infirmières techniciennes de rehausser leurs compétences tout en demeurant à l'emploi. Cette offre de formation implique des efforts en regard de la gestion du personnel pour tous les établissements concernés, mais représente une mesure facilitante pour la rétention de la main-d'œuvre. Cette façon de faire répond aux besoins des étudiants de la Côte-de-Gaspé, de la Baie-des-Chaleurs et du Roché-Percé. Les cours sont dispensés à Gaspé et à New Carlisle.

LES RESSOURCES MATÉRIELLES, FINANCIÈRES ET INFORMATIONNELLES

L'équilibre budgétaire		
Indicateur	***Réalisé***	***Non réalisé***
Limiter l'équilibre budgétaire tout en limitant la croissance des coûts de 5 %		**x**
Commentaire		
Notre région prévoit un déficit global à la fin de la période 12 de 9 363 179 $. Le déficit global non autorisé de 9 600 000 $ concerne les quatre établissements suivants, soit le CSSS de La Haute-Gaspésie (1 276 000 $), le CSSS des Îles (3 125 000 $), le CSSS de la Baie-des-Chaleurs (2 728 000 $) et le CSSS de La Côte-de-Gaspé (2 471 000 $). Ces quatre CSSS nous ont présenté un plan de retour à l'équilibre budgétaire. Des suivis ont été effectués et des analyses sont aussi fournies au MSSS en ce qui concerne l'évolution de la situation financière de la région et de chaque établissement.		

Budgets de fonctionnement pour l'année financière 2012-2013

Au cours de l'année financière 2012-2013, les établissements de santé et de services sociaux de la région Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine ont reçu des revenus de 312,67 M$.

Ces revenus proviennent de diverses sources :

Budget de base net versé par l'Agence	288,61 M$
Contribution des usagers hébergés [services non assurés, services aux non-résidents, services aux autochtones (CJ), etc.]	19,16 M$
Activités accessoires : équipes locales de santé au travail, revenu de stationnement, etc.	4,90 M$

BUDGET NET DE FONCTIONNEMENT DES ÉTABLISSEMENTS		
ÉTABLISSEMENT	2011-2012 BUDGET $	2012-2013 BUDGET $
Centre de santé et de services sociaux de La Haute-Gaspésie	32 971 056	33 274 086
Centre de santé et de services sociaux du Rocher-Percé	46 200 434	47 180 053
Centre de santé et de services sociaux des Îles	41 574 742	41 346 320
Centre de santé et de services sociaux de la Baie-des-Chaleurs	74 924 227	75 606 207
Centre de santé et de services sociaux de La Côte-de-Gaspé	55 322 365	54 895 441
Centre jeunesse Gaspésie/Les Îles	14 674 982	16 205 159
Centre de réadaptation de la Gaspésie	20 083 701	20 105 969
TOTAL	**285 751 507**	**288 613 235**

Comme on peut le constater au tableau ci-dessus, l'enveloppe régionale nette versée par l'Agence aux établissements de la région a augmenté de près de 2,86 M$ par rapport à l'année 2011-2012. Cette augmentation, nette des cibles de réduction budgétaire, est principalement composée des éléments suivants :

- L'indexation budgétaire de base;
- Le rehaussement du budget des médicaments et des fournitures médicales;
- Le financement de mesures suite au renouvellement des conventions collectives;
- Le financement des coûts relatifs au maintien de l'équité salariale pour les salariés du réseau;
- Le rehaussement de la base budgétaire correspondant au déficit annuel autorisé;
- Le financement des coûts relatifs à la rétribution des ressources intermédiaires et de type familial.

Optimisation des ressources

Lors de la présentation du budget 2010-2011 par le ministre Raymond Bachand, certaines mesures budgétaires étaient annoncées avec l'objectif d'un retour à l'équilibre budgétaire pour le Québec en 2013-2014. Parmi les mesures annoncées, il y avait les dispositions du projet de loi n° 100 qui imposent des réductions de 10 % des dépenses de nature administrative. L'exigence de cette mesure fait en sorte que le réseau des établissements doit, en 2013-2014, avoir diminué en récurrence une somme de 2,5 M$ de son enveloppe budgétaire.

En plus de ces mesures, le réseau doit faire face à un manque à gagner au niveau de son indexation. Essentiellement, avant 2010-2011, la moyenne du taux d'indexation se situait à 5,8 %.

Ce que le gouvernement confirmait lors de cette présentation du budget, c'était qu'à compter de 2011-2012, le réseau serait indexé à la hauteur de 5 % jusqu'en 2013-2014. Ainsi, pour faire face à cette pression le MSSS, les agences et les établissements ont convenu de travailler sur des mesures d'optimisation et de révision des façons de faire.

En 2012-2013, le comité de direction de l'Agence et le comité régional de coordination, regroupant le président-directeur général (PDG) de l'Agence et les directeurs généraux (DG) des établissements, continuent de travailler à l'identification, à la définition et à l'actualisation de certaines mesures qui pourraient permettre de faire face à cette pression budgétaire.

Des travaux sont amorcés au niveau national et au sein de la région. Les grands chantiers nationaux exigent que chacune des régions du Québec travaille aussi à leur réalisation, car les effets se feront sentir partout au Québec. Le MSSS poursuit une coordination nationale de cet important dossier.

Nous avons du retard à l'égard des projets d'optimisation et les gains sont moindres que prévu. Le faible volume en région nous affecte dans les rendements anticipés. Voici un suivi sur nos projets d'optimisation en lien avec les ententes de gestion :

SUJET	ENGAGEMENTS	ÉTAT D'AVANCEMENT AU 31 MARS 2013
Le courrier électronique	Préparatoire à 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 applicatifs et informationnels développés avec le collecticiel Lotus Notes et élaborer une stratégie visant à en gérer l'évolution suivant l'adjudication du contrat : ℘ Participer à l'élaboration du plan régional de migration ℘ Coordonner la gestion du changement dans la région	Ces travaux s'effectueront conformément avec le projet SNCE provincial
Téléphonie IP	Maintenir à niveau quatre systèmes supportés par les manufacturiers Remplacer trois systèmes téléphoniques désuets (attendre les directives du MSSS prévues à la fin avril 2012)	Trois systèmes sont présentement supportés. Il reste un CSSS et trois installations à migrer pour notre région. Les établissements ont instauré le travail dans le but de les changer
Cellulaire	Transfert au nouveau contrat de la Corporation de services regroupés de l'Estrie (CSRE) : ℘ État de situation ℘ Bénéfices Inventaire au 30 juin 2012 des services cellulaires utilisés dans la région	Les travaux sont réalisés

SUJET	ENGAGEMENTS	ÉTAT D'AVANCEMENT AU 31 MARS 2013
Regroupement des centres de traitement	Inventorier les centres de traitement dans la région qui ont plus de quatre serveurs Élaborer le plan d'optimisation pour : ℘ Réduire le nombre de centres de traitement dans la région ℘ Optimiser l'utilisation des centres de traitement de la SOGIQUE ℘ Convenir avec la SOGIQUE d'une relève des actifs hébergés à la SOGIQUE ℘ Convenir avec une région limitrophe de la relève des autres actifs hébergés dans la région	Dépôt du plan d'optimisation au MSSS, nous sommes en attente d'une approbation
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 Accès) pour opérer ℘ Optimiser la gestion du parc des postes de travail par : ✓ L'utilisation de regroupement d'achats ✓ Une gestion régionale des licences ✓ Le partage de l'expérimentation du déploiement des applications de missions ✓ La centralisation du déploiement et de l'évolution des postes de travail ℘ 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)	L'inventaire des systèmes est réalisé et le plan d'optimisation a été déposé au MSSS, nous sommes en attente d'une approbation
Visioconférence	Fournir l'inventaire des stations de visioconférence au plus tard le 30 juin 2012, incluant les services de visioconférence avec caméra Web Augmenter de 10 % l'utilisation des visioconférences Explorer la mise en œuvre d'un service de visioconférence avec caméra Web minimalement régional ou suprarégional	Inventaire produit et transmis au MSSS L'utilisation d'outil Webinaire est en hausse et bonifie l'utilisation de la visioconférence
Approvisionnement	Contribuer à la cible nationale d'achats en commun	L'Agence et les établissements ont contribué à la restructuration de la structure et adhèrent à l'achat de groupe
Énergie	Poursuivre ou mettre en place des projets d'économie d'énergie pour les établissements de la région	Un projet de biomasse s'est terminé au printemps 2013 au CSSS de la Baies-des-Chaleurs
Paie/rationalisation des processus	Participer à la démarche ministérielle	Les établissements ont révisé certains processus administratifs; ceci découle du partage des résultats d'une étude produite dans une autre région

SUJET	ENGAGEMENTS	ÉTAT D'AVANCEMENT AU 31 MARS 2013
Gestion de la présence au travail	Cible de 5,61 %	Six établissements ont atteint la cible et le CSSS de la Baie-des-Chaleurs s'est amélioré à partir de la période 4 de 2012-2013
Réduction de la main-d'œuvre indépendante	Pourcentage des heures travaillées par du personnel clinique à l'emploi des agences privées (réduction de 25 % à 40 % selon l'établissement et la catégorie de personnel) : ꕥ Infirmières 0,19 % ꕥ Infirmières auxiliaires 0 % ꕥ Préposés aux bénéficiaires 0 % ꕥ Inhalothérapeutes 4,35 %	Pour les infirmières, seul le CSSS de La Haute-Gaspésie n'a pas atteint la cible Pour les infirmières auxiliaires, préposées aux bénéficiaires et les inhalothérapeutes, tous les CSSS ont atteint la cible
Réduction des heures supplémentaires	Pourcentage des heures travaillées en heures supplémentaires : ꕥ Infirmières 6,81 % ꕥ réseau 3,54 %	Pour les infirmières, un seul CSSS a atteint la cible et les quatre autres sont en diminution de l'utilisation du temps supplémentaire Pour le personnel réseau, deux CSSS ont atteint la cible et les trois autres sont en mesure de l'atteindre en 2013-2014
Clientèle soutien à domicile (PALV/DP/DI/TED)		Résultat atteint à 122 %
Accès aux services d'imagerie	Révision des processus et implantation de zones franches Mise en place de centrales de rendez-vous Dépôt des plans d'action des établissements sur l'amélioration de la performance qui réduira la liste à moins de trois mois	La révision des processus a débuté aux CSSS des Îles et du Rocher-Percé Seul le CSSS de la Baie-des-Chaleurs a mis en place une centrale de rendez-vous, les autres CSSS sont en progression La liste est en deçà de trois mois pour la plupart des CSSS (non problématique)
Accès à la chirurgie	Révision des processus et implantation de zones franches Mise en place de centrales de rendez-vous En attente de la décision du MSSS pour trois ophtalmologistes, soit deux au CSSS de La Côte-de-Gaspé et un au CSSS de la Baie-des-Chaleurs	Cibles atteintes à 100 %

SUJET	ENGAGEMENTS	ÉTAT D'AVANCEMENT AU 31 MARS 2013
Mise en place de services pour les personnes victimes d'AVC	Participer à la désignation des centres tertiaires et à la mise en place des corridors de services	En attente de la désignation par le MSSS
Accès au continuum de services pour la douleur chronique	Soutien à l'organisation de services et participer à la définition et la mise en place des corridors de services Mise en place du continuum de services par le CSSS de La Côte-de-Gaspé	Le CSSS de La Côte-de-Gaspé a été désigné comme centre régional
Prise en charge infarctus myocarde avec élévation du Segment ST	Application de l'algorithme diffusé	Cible atteinte à 100 %
Les services Info-Santé 811	La démarche d'optimisation est réalisée. Depuis mai 2011, la centrale a été déplacée de Murdochville à Gaspé. La région devra mesurer la performance de cette nouvelle organisation de services puisque le personnel est maintenant en nombre suffisant.	Pour 2012-2013, la démarche d'optimisation est réalisée
Traumatologie	Soutenir l'évolution du processus d'optimisation Participer à l'implantation des orientations qui en découlent Cible : 100 % de la conformité des établissements	La conformité est partiellement atteinte, elle le sera en 2013-2014
Hiérarchisation des laboratoires	Poursuite des travaux avec le MSSS et les partenaires du Bas-Saint-Laurent et de Québec	La hiérarchisation des laboratoires est partiellement réalisée

À titre indicatif, une liste d'autres projets priorisés par l'Agence et le comité régional de coordination PDG-DG est identifiée à la page suivante. Ces dossiers sont intégrés dans les plans d'action régionaux. Le PDG et les DG sont appelés à s'engager sur les suivis et les résultats relatifs à l'avancement de ces chantiers.

Liste des projets d'optimisation

Projets spécifiques à la région

- Télépharmacie;
- Transport des usagers;
- Projet « École infirmière »;
- Implantation du réseau de services intégrés pour les personnes âgées;
- Continuum de services en orthophonie;
- Transformation de l'organisation des services en santé mentale sur l'un des territoires de la région;
- Hiérarchisation des services en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement;
- Gestion de l'accès aux plateaux techniques et à la consultation spécialisée pour la clientèle externe;
- Suivi intégré des clientèles en milieu hospitalier;
- Mise en place d'une structure régionale d'optimisation des pratiques cliniques;
- Suivi de la clientèle vulnérable dans un point de service isolé;
- Accueil clinique.

Informatisation du réseau

Dossier médical électronique (DMÉ)

La table du Département régional de médecine générale (DRMG) s'est impliquée dans notre démarche d'uniformisation des solutions de DMÉ. En décembre 2012, une rencontre a eu lieu avec les médecins des cliniques privées et de GMF pour faire le point. Il a eu formation d'un comité de travail avec mandat de recommander régionalement un choix d'un DMÉ d'ici l'été 2013.

Dossier clinique informatisé (DCI)

Le choix d'un DCI régional n'est pas priorisé actuellement, nous concentrons nos énergies au prérequis du DSQ et au choix d'un DMÉ.

Dossier de santé du Québec (DSQ)

L'agence a convenu avec le MSSS d'une entente de gestion pour le DSQ, la signature de celle-ci s'est effectuée en fin d'année financière. Les décisions sont prises pour l'embauche de ressources informatiques, celles-ci amorceront leurs travaux en juin prochain. Notre agente de communication sera impliquée dans la campagne d'information sur le consentement des usagers.

Situation financière

Contrairement aux fiches de reddition de comptes qui comparent les données de la période 12, le texte suivant et les annexes présentent les données vérifiées à la fin de la période 13. Parmi les sept établissements de la région, un d'entre eux a réalisé un surplus d'opérations pour un montant de 195 525 $, tandis que les six autres ont terminé l'année en situation déficitaire cumulée de 9,80 M$.

Le tableau suivant démontre la détérioration de la situation financière régionale au cours de l'année 2012-2013. En effet, le déficit d'opération de l'ensemble des établissements est passé de 2,68 M$ en 2011-2012 à 9,80 M$ en 2012-2013. Des opérations importantes de redressement devront être réalisées dans quatre CSSS pour ramener l'équilibre budgétaire. L'Agence maintiendra son accompagnement afin de s'assurer que les objectifs soient atteints.

Au 31 mars 2013, déduction faite du montant de 4,01 M$ représentant les déficits autorisés de 2008-2009 à 2011-2012, les CSSS affichaient des déficits cumulés totalisant 19,70 M$; ces derniers déficits demeurent à la charge des établissements. Des stratégies de remboursement des écarts à la cible déficitaire maximale autorisés devront être planifiées dans un calendrier convenu avec le MSSS.

Par ailleurs, trois établissements ont accumulé des surplus totalisant 2,51 M$. Ces établissements pourront utiliser ces surplus pour améliorer l'offre de service à la population ou pour combler des écarts budgétaires.

RÉSULTAT FINANCIER 2011-2012 et 2012-2013 (note 1) SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU 31 MARS 2013							
ÉTABLISSEMENT	2011-2012		2012-2013		Au 31 mars 2013		
	Surplus $	Déficit $	Surplus $	Déficit $	Surplus cumulé $	Déficit cumulé $	Déficit accepté $
CSSS de La Haute-Gaspésie		10 417		1 250 094		2 374 578	1 422 456
CSSS du Rocher-Percé	226 970		195 525		625 486		
CSSS des Îles		2 366 037		2 891 081		13 211 535	1 744 329
CSSS de la Baie-des-Chaleurs		280 873		2 815 273		3 998 846	842 619
CSSS de La Côte-de-Gaspé	4 039			2 393 959		4 124 665	
CJ Gaspésie/Les Îles		18 722		256 773	234 806		
CR de la Gaspésie	89 876			191 556	1 647 765		
TOTAL	320 885	2 676 049	195 525	9 798 736	2 508 057	23 709 624	4 009 404

Note 1 : Excédent des revenus sur les charges ou des charges sur les revenus du fonds d'exploitation selon rapport financier annuel modifié pour le rendre comparable au budget (incluant ou excluant selon le cas et s'il y a lieu, les contributions de l'avoir propre, les transferts interfonds et les remboursements de déficit cumulé).

Autorisations d'emprunts temporaires

Des autorisations d'emprunts temporaires sont accordées aux établissements publics de la région. Voici un tableau qui résume la situation au 31 mars 2013 :

CATÉGORIE D'EMPRUNT	MONTANT AUTORISÉ $	MONTANT UTILISÉ $
Fonctionnement autorisé par le MSSS	32 900 000	30 500 000
Immobilisation autorisée par le MSSS (Économie d'énergie)	2 019 000	0
Immobilisation autorisée par l'Agence	1 713 685	771 647

Notre capacité régionale pour les autorisations d'emprunts temporaires est fixée à 1 910 000 $ et l'Agence n'a pas dépassé cette limite en 2012-2013.

Immobilisations

Sommaire des budgets alloués en 2012-2013

Projets d'immobilisations de nature rénovation fonctionnelle

Pour l'année 2012-2013, la région s'est vue confirmer son enveloppe régulière en rénovation fonctionnelle de 2 357 402 $. De plus, la subvention pour les rénovations fonctionnelles en CHSLD a été reconduite, ajoutant ainsi 492 000 $ aux investissements régionaux.

En incluant le solde 2011-2012 à l'ensemble des diverses sources de financement, l'Agence disposait d'une capacité d'investissement de 2 958 028 $.
Plus spécifiquement, les dossiers suivants ont obtenu un support financier :

CSSS de la Baie-des-Chaleurs	
Projets généraux priorisés par l'établissement	211 512 $
CSSS du Rocher-Percé	
Projets généraux priorisés par l'établissement	172 925 $
CSSS des Îles	
Projets généraux priorisés par l'établissement	256 009 $
CSSS de La Côte-de-Gaspé	
Projets généraux priorisés par l'établissement	287 327 $
CSSS de La Haute-Gaspésie	
Phase 1 Rénovation de l'aile A et B au CHSLD de Cap-Chat	361 000 $
Projets généraux priorisés par l'établissement	169 802 $
Centre jeunesse Gaspésie/Les Îles	
Projets généraux priorisés par l'établissement	11 546 $
Agence de la santé et des services sociaux de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	
Frais de gestion	75 000 $
Projets généraux priorisés par l'Agence	11 629 $
Centre de réadaptation de la Gaspésie	
Projets généraux priorisés par l'établissement	57 950 $

Projets d'immobilisations de nature maintien d'actifs

Pour l'année 2012-2013, la région s'est vue confirmer son enveloppe régulière en maintien d'actifs pour une allocation globale de 7 227 581 $. En incluant le solde 2011-2012, l'Agence disposait d'une capacité d'investissement de 8 375 678 $.

Plus spécifiquement, les dossiers suivants ont obtenu un support financier :

CSSS de la Baie-des-Chaleurs	
Chaufferie à la biomasse	350 000 $
Projets généraux priorisés par l'établissement	1 704 428 $
CSSS du Rocher-Percé	
Projets généraux priorisés par l'établissement	1 002 575 $
CSSS des Îles	
Projets généraux priorisés par l'établissement	1 464 427 $
CSSS de La Côte-de-Gaspé	
Projets généraux priorisés par l'établissement	2 275 568 $
CSSS de La Haute-Gaspésie	
Projets généraux priorisés par l'établissement	1 099 258 $
Centre jeunesse Gaspésie/Les Îles	
Projets généraux priorisés par l'établissement	58 874 $
Agence de la santé et des services sociaux de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	
Système de contrôle de la ventilation	65 772 $
Projets généraux priorisés par l'Agence	59 295 $
Centre de réadaptation de la Gaspésie	
Projets généraux priorisés par l'établissement	295 481 $

Enveloppe d'équipement médical

En 2012-2013, les établissements ont reçu 3 986 489 $ pour le remplacement ou le rehaussement de leur parc d'équipement. Dix pour cent sont réservés au niveau régional, soit 419 630 $ pour redistribution aux établissements selon des critères ayant fait l'objet d'une approbation par le comité de coordination et de concertation régional des affaires médicales (CCCRAM). Ce support financier permet aux établissements d'acquérir de l'équipement comme un tomodensitomètre, laryngoscope, etc.

Les établissements sont tenus de soumettre leur plan triennal d'équipement médical à leur conseil d'administration et de les faire approuver par l'Agence. Le suivi administratif des projets se fait à partir d'un outil informatique, soit Actifs + Réseau, accessible aux établissements, à l'Agence et au MSSS, pour le maintien du parc d'équipement et pour la gestion financière des projets.

Enveloppe d'équipement non médical et mobilier

En 2012-2013, une enveloppe de 1 170 620 $, pour le maintien du parc d'équipement, a été répartie entre chacun des établissements au prorata de la valeur de leur parc d'équipement. Ce budget est dédié exclusivement au remplacement ou au rehaussement du parc d'équipement non médical et mobilier (ex. : mobilier de bureau, laveuse à plancher, etc.). Une réserve régionale est prévue, soit 5 % de l'enveloppe de la région, ce qui représente un montant de 58 531 $.

Également, les établissements sont tenus de soumettre leur plan triennal d'équipement non médical et mobilier à leur conseil d'administration et d'en informer l'Agence. Le suivi administratif des projets se fait de la même manière que pour les équipements médicaux.

La réserve régionale permet de répondre à des besoins urgents et non prévisibles de bris d'équipements médicaux ou non et en prévision de remplacement d'équipements onéreux.

Nom de l'établissement	Enveloppe « équipement médical »	Enveloppe « équipement non médical et mobilier »
	3 986 489 $	1 170 620 $
Allocation par établissement en 2012-2013		
CSSS de La Haute-Gaspésie	495 913 $	142 012 $
CSSS du Rocher-Percé	685 908 $	176 943 $
CSSS des Îles	676 452 $	145 240 $
CSSS de la Baie-des-Chaleurs	925 278 $	261920 $
CSSS de La Côte-de-Gaspé	750 462 $	221 304 $
Centre jeunesse Gaspésie/Les Îles	13 546 $	79 964 $
Centre de réadaptation de la Gaspésie	19 029 $	84 705 $
Réserve régionale	419 630 $	58 531 $
Total régional des enveloppes pour 2012-2013	**3 986 489$**	**1 170 620 $**

Enveloppe d'ajout d'équipement

En 2012-2013, l'Agence a reçu 134 264 $ de subsides pour l'enveloppe d'ajout d'équipement médical, non médical et mobilier. L'objectif de cette enveloppe est de consolider un service existant ou de développer un nouveau service. Dans le cas d'un développement, le projet doit avoir reçu l'autorisation du MSSS. Cette enveloppe a permis, pour la période couverte par ce rapport, de financer, par exemple, l'équipement de laboratoire et néonatal.

Enveloppe des dépenses de nature capitalisable

Chaque année, un budget de 656 100 $ pour l'enveloppe des dépenses de nature capitalisable est réparti entre les établissements en proportion de leur budget de fonctionnement. De ce budget, l'Agence se réserve un montant de 281 299 $ pour le financement des projets d'informatisation du réseau. Généralement, les dépenses effectuées à partir de cette enveloppe budgétaire sont pour les photocopieurs ou le matériel roulant.

Maintien des actifs informationnels

Pour l'année 2012-2013, un montant de 478 983$ a été reçu dans la région Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine afin de rehausser les postes de travail et de maintenir un parc informatique à jour, et ce, après la fin d'année financière, l'engagement auprès des établissements se fera dans la prochaine année.

Plan régional sur le système d'automatisation et de distribution du médicament (SARDM)

Au cours de l'année 2012-2013, les établissements ont déposé leur plan de réalisation pour la phase 3 qui doit se dérouler du 1er avril 2013 au 31 mars 2015. Le MSSS a annoncé un budget de 10 M$ pour cette phase pour le Québec. Nous sommes en attente des montants qui seront alloués pour réaliser nos projets dans notre région. Les objectifs sont, entre autres, la distribution des médicaments aux 24 heures pour la courte durée et aux 7 jours pour la longue durée ainsi que l'accès à un système centralisé d'additifs aux solutés (SCAS).

Laboratoire

La facturation des laboratoires est abolie depuis le 1er avril 2011 entre les régions. En 2012-2013, l'Agence a transféré environ 1,4 M$ vers les agences du Bas-St-Laurent et de la Capitale-Nationale pour l'achat d'analyses de laboratoire. En ce qui a trait aux analyses plus spécialisées, les transferts de budgets récurrents ont été effectués aux établissements qui ont été désignés par le ministère.

Des discussions sont toujours en cours avec la région du Bas-St-Laurent pour transférer le budget récurrent pour des services de pathologie au CSSS de Rimouski-Neigette.

Groupe de travail permanent pour la conception et l'élaboration des plans d'action annuels à l'égard des personnes handicapées

L'article 61.1 de la Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale prévoit que les ministères, la grande majorité des organismes publics ainsi que les municipalités les plus populeuses du Québec produisent, adoptent et rendent public annuellement un plan d'action à l'égard des personnes handicapées.

Ce plan d'action mentionne les mesures prises au cours de l'année qui se termine et celles envisagées pour l'année qui débute, dans le but de réduire les obstacles à l'intégration des personnes handicapées dans ce secteur d'activité. Il doit être produit et rendu public annuellement par le biais du site Internet de l'Agence et est disponible en version papier sur demande.

Deux directions de l'Agence participent aux travaux de ce groupe de travail, soit la Direction de la coordination et des ressources humaines (DCRH) et la Direction des services sociaux et communautaires (DSSC). Le groupe de travail permanent est donc composé des membres suivants :

- M^me^ Louise Aubert, agente de planification, programmation et recherche en déficience physique, à la Direction des services sociaux et communautaires (DSSC);
- M^me^ Marie-Christine Fortin, coordonnatrice des services aux personnes handicapées et coordonnatrice du plan d'action, à la Direction de la coordination et des ressources humaines (DCRH);
- M. Jean-François Houde, conseiller à l'intervention collective régionale à l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ);
- M^me^ Pierrette Robitaille, adjointe à la coordination du Regroupement des associations de personnes handicapées de la Gaspésie et des Îles (RAPHGI);
- M. Martin Trépanier, coordonnateur du Regroupement des associations de personnes handicapées de la Gaspésie et des Îles (RAPHGI).

Au cours de l'année 2012-2013, une rencontre s'est tenue. Voici les principaux sujets abordés lors de celle-ci :

- L'accessibilité du site Internet de l'Agence;
- L'accessibilité au bâtiment de l'Agence;
- L'article de Loi 61.3 sur l'approvisionnement;
- Les activités de sensibilisation/formation au personnel.

Concernant les réalisations au 31 mars 2013, des portes électriques ont été installées à l'entrée principale, le site Internet a été réévalué et rendu conforme aux normes d'accessibilité Web, une activité de sensibilisation était en organisation pour être offerte pendant la Semaine québécoise des personnes handicapées.

En plus de la rencontre régulière du groupe permanent, les membres ont rencontré d'autres partenaires pour discuter d'un projet de formation régionale portant sur l'accessibilité universelle et sur d'autres sujets touchant les personnes handicapées. L'Agence s'est impliquée dans l'organisation de la Semaine régionale des personnes handicapées en déléguant une représentante au comité organisateur et en accordant une contribution financière pour soutenir les activités proposées au cours de cette semaine thématique.

LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

La région de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine compte 106 organismes communautaires reconnus. De ce nombre, 95 organismes sont admis ou admissibles pour le financement à la mission globale. Par ailleurs, onze organismes sont éligibles à un financement spécifique en raison de leur rattachement à un autre ministère ou du fait que leur mission découle de l'application d'une loi ou d'une politique émanant du gouvernement québécois.

Dans le cadre du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC), l'Agence a subventionné 86 organismes communautaires autonomes en appui à la mission globale en 2012-2013. Parmi les organismes recevant un financement en appui à la mission globale[1], trois organismes ont également reçu un financement en entente spécifique pour des activités complémentaires à leur mission. Toujours dans le cadre du PSOC, l'Agence a attribué un soutien financier récurrent en entente spécifique à dix organismes non éligibles au financement à la mission globale, ainsi qu'un financement ponctuel à 34 organismes communautaires reconnus.

Dans les autres programmes de financement disponibles à l'Agence, six organismes communautaires ont reçu un financement dans le cadre du Programme d'activités préventives reliées au travail de milieu et six autres organismes dans le cadre du Programme d'aide à l'action concertée.

NOMBRE D'ORGANISMES COMMUNAUTAIRES EN LIEN AVEC CHACUN DES PROGRAMMES-SERVICES *	
PROGRAMME	**NOMBRE D'ORGANISMES ACTIFS EN 2011-2012**
Santé mentale	11
Perte d'autonomie liée au vieillissement	10
Déficience intellectuelle et TED	10
Déficience physique	12
Dépendances	8
Jeunes en difficulté	28
Santé physique	4
Santé publique	21
Services généraux	22

* Un organisme communautaire peut être en lien avec un ou plusieurs programmes services.

[1] Sommes versées à un organisme pour lui permettre de se doter de l'organisation minimale nécessaire à la réalisation de ses objectifs (administration, secrétariat, organisation des services, activités éducatives, infrastructures, représentation, concertation, etc.).

Les subventions récurrentes et non récurrentes accordées aux organismes communautaires en 2012-2013

Au cours de l'année financière 2012-2013, une somme de 12 978 778 $ a été accordée aux organismes communautaires sur une base récurrente et non récurrente et par le biais de différents programmes de financement, comparativement à 12 443 313 $ en 2011-2012. Ce financement est principalement constitué du PSOC qui a amorcé l'année financière avec un budget consolidé de 12 005 908 $ incluant l'indexation annuelle de 2,4 %. D'autre part, le soutien financier initial provient du Programme d'activités préventives par le travail de milieu (programme-service Dépendances) pour un montant de 436 100 $, ainsi que du Programme d'aide à l'action concertée (programme-service Santé publique) pour une somme de 89 905 $.

En 2012-2013, l'Agence a injecté sur une base récurrente un montant de 101 125 $ (programme-service Santé publique) afin de soutenir la mission globale et les ententes spécifiques des douze organismes communautaires réalisant des activités de sécurité alimentaire. Dans le cadre du Plan d'accès pour les personnes ayant une déficience, une enveloppe budgétaire de 32 070 $, annualisée à 96 209 $ en 2013-2014, a été répartie entre les neuf associations de personnes handicapées associées au programme Déficience intellectuelle et TED. Par ailleurs, une contribution de 313 670 $, provenant de différents programme-services, a été versée sur une base non récurrente afin de répondre à des besoins ponctuels exprimés par certains organismes. Le tableau suivant présente l'ensemble des montants récurrents et non récurrents, par programme-service, qui ont été versés aux organismes communautaires pour soutenir leurs activités.

ÉVOLUTION DES SUBVENTIONS RÉCURRENTES ET NON RÉCURRENTES ACCORDÉES AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES, PAR PROGRAMME-SERVICE			
PROGRAMME-SERVICE	SUBVENTION ($)		
	2010-2011	2011-2012	2012-2013
Santé mentale	0	16 756	16 557
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	5 024	6 030	10 088
Déficience intellectuelle et TED	8 300	36 135	44 070
Déficience physique	0	0	0
Dépendances	409 694	427 734	436 100
Jeunes en difficulté	13 000	65 472	19 003
Santé physique	25 000	0	0
Santé publique	228 404	116 357	259 369
Services généraux	15 000	65 000	187 683
Sous-total	704 422	733 484	972 870
PSOC	11 435 380	11 709 829	12 005 908
Total	**12 139 802**	**12 443 313**	**12 978 778**

Les subventions récurrentes versées par le programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC)

L'Agence a reçu 97 demandes d'aide financière dans le cadre du Programme de soutien aux organismes communautaires qui amorçait l'année financière 2012-2013 avec un budget récurrent de 12 005 908 $, permettant de soutenir principalement la mission globale des organismes communautaires autonomes et également de donner accès à un soutien financier par le biais d'ententes spécifiques[2].

Le PSOC maintient toujours son objectif de prépondérance comme source de financement à la mission globale en allouant une part de 11 289 858 $ aux organismes communautaires autonomes en 2012-2013, ce qui représente 87 % du financement global, tous programmes confondus, versé par l'Agence à l'ensemble des organismes reconnus. D'autre part, le PSOC a consacré par la modalité de l'entente spécifique un montant récurrent de 546 674 $.

Le budget récurrent du PSOC est constitué d'allocations récurrentes issues des programmes-services, dont l'évolution est démontrée dans le tableau ci-dessous.

ÉVOLUTION DES SUBVENTIONS RÉCURRENTES 2010-2013 VERSÉES
Programme de soutien aux organismes communautaires

PROGRAMME-SERVICE	2010-2011	2011-2012	2012-2013
Santé mentale	1 920 402	1 966 492	2 013 687
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	980 267	1 003 794	1 027 885
Déficience intellectuelle et TED	440 246	450 814	461 634
Déficience physique	294 667	301 740	308 983
Dépendances	458 706	469 714	465 800
Jeunes en difficulté	1 768 251	1 824 558	1 863 424
Santé physique	167 802	171 829	175 953
Santé publique	585 722	599 781	614 176
Services généraux	4 658 234	4 790 031	4 904 992
Total mission globale et ententes spécifiques	**11 274 297**	**11 578 753**	**11 836 532**

[2] Sur un budget récurrent disponible de 12 005 908 $, un montant total de 11 836 532 $ a été octroyé sur une base récurrente pour soutenir la mission globale et les ententes spécifiques. Le solde de 169 376 $ a été réparti au cours de l'année 2012-2013 sur une base récurrente et non récurrente.

Répartition de l'enveloppe budgétaire – Mission globale

Programme	Nom de l'organisme	MRC	Activité	Subvention 2011-2012 $	Subvention 2011-2012/ Annualisation 2012-2013 $	Indexation 2012-2013 $	Subvention 2012-2013 $
Dépendances (CA)	Carrefour Unité inc. 11-01531	Îles-de-la-Madeleine	Prévention, groupes d'entraide, activités de jour	54 393	54 393	1 305	55 699
	Unité Domrémy de Chandler inc. 11-01533	Rocher-Percé	Prévention, animation de jour	14 833	14 833	356	0[3]
	Mi-Chemin de Gaspé inc. 11-01239	Côte-de-Gaspé	Prévention, groupes d'entraide	37 079	37 079	890	37 969
Dépendances (CP)	Centre Accalmie inc. 11-01178	Bonaventure/Avignon	Hébergement temporaire multiclientèle (santé mentale, toxicomanie, itinérance, désorganisation familiale)	90 246	90 246	2 166	92 412
	La Maison à Damas 11-01814	Îles-de-la-Madeleine		69 874	69 874	1 677	71 551
	Accueil Blanche Goulet de Gaspé 11-02598	Côte-de-Gaspé		95 502	95 502	2 292	97 795
	Centre Émilie Gamelin 11-06020	Rocher-Percé		64 392	64 392	1 545	65 938
	Groupe d'action sociale et psychiatrique des Monts 11-06016	Haute-Gaspésie		43 395	43 395	1 041	44 436
TOTAL				**469 714**	**469 714**	**11 273**	**465 800**
Santé publique (HB)	Nourisson-lait Haute-Gaspésie 11-06034	Haute-Gaspésie	Périnatalité, soutien à l'allaitement maternel	9 232	9 232	222	9 454
	Groupe d'entraide-allaitement sein-phathique 11 06056	Îles-de-Madeleine	Périnatalité, soutien à l'allaitement maternel	9 232	9 232	222	9 454
	Lactescense Pabos 11-06071	Rocher-Percé	Périnatalité, soutien à l'allaitement maternel	9 232	9 232	222	9 454
	Regroupement d'entraide à l'allaitement maternel Supportons-lait	Avignon/Bonaventure	Périnatalité, soutien à l'allaitement maternel	12 675	12 675	304	12 979
Santé publique (HL)	Partagence 11-02927	Haute-Gaspésie	Aide et entraide aux familles très démunies, dépannage alimentaire et vestimentaire	35 935	35 935	862	36 798
	Carrefour-Ressources 11-06007	Haute-Gaspésie	Sécurité alimentaire, animation, YAPP, répit-gardiennage (familles démunies)	127 462	127 462	3 059	130 521
	Source alimentaire Bonavignon inc. 11-06008	Bonaventure/Avignon	Sécurité alimentaire, dépannage, jardins et cuisines collectives	88 608	88 608	2 127	90 734

[3] L'organisme est en suivi et son financement a été suspendu en 2012-2013.

Programme	Nom de l'organisme	MRC	Activité	Subvention 2011-2012 $	Subvention 2011-2012/ Annualisation 2012-2013 $	Indexation 2012-2013 $	Subvention 2012-2013 $
	CAB Ascension-Escuminac 11-02224	Avignon	Sécurité alimentaire, dépannage, jardins et cuisines collectives	27 527	27 527	661	28 187
	Collectif Aliment-Terre 11-06075	Bonaventure	Sécurité alimentaire, dépannage, jardins et cuisines collectives	50 817	50 817	1 220	52 036
	Cuisines collectives Îles-de-la-Madeleine 11-06085 (CADOC en 2007-2008)	Îles-de-la-Madeleine	Sécurité alimentaire, ateliers et cuisines collectives	47 840	47 840	1 148	48 988
	CAB La Grande Corvée 11-01084	Côte-de-Gaspé	Sécurité alimentaire, ateliers et cuisines collectives	23 178	23 178	556	23 734
	Table de concertation en sécurité alimentaire GÎM 11-06087	Régional	Concertation régionale en sécurité alimentaire	10 190	10 190	245	10 435
	Entraide communautaire les Îles	Îles-de-la-Madeleine		8 689	8 689	209	8 898
	Accueil Blanche Goulet de Gaspé 11-02598	Côte-de-Gaspé	Sécurité alimentaire, ateliers et cuisines collectives	22 119	22 119	531	22 650
TOTAL				**482 736**	**482 736**	**11 586**	**494 322**
Déficience intellectuelle (AD)	La Maison Maguire pour personnes handicapées inc. 11-00713	Régional (Avignon)	Camps d'été, services de répit pour les proches, activités de jour	115 835	115 835	2 780	118 615
	Association des personnes handicapées du secteur CLSC l'Estran inc. 11-01054	Côte-de-Gaspé	Information, sensibilisation, défense des droits, animation	21 855	21 855	525	22 379
	Association des personnes handicapées de Gaspé inc. 11-01404	Côte-de-Gaspé	Centre de jour, information, sensibilisation, défense des droits	34 813	34 813	836	35 648
	Association des handicapés Val-Rosiers inc. 11-01408	Côte-de-Gaspé	Centre de jour, information, sensibilisation, défense des droits	24 699	24 699	593	25 292
	Centre pour handicapés La Joie de Vivre de Chandler inc. 11-02154	Rocher-Percé	Centre de jour, information, sensibilisation, défense des droits	65 919	65 919	1 582	67 501
	L'AHMI Association pour personnes handicapées de Murdochville inc. 11-03018	Côte-de-Gaspé	Activités d'animation, aide et entraide, sensibilisation, information et défense des droits	19 420	19 420	466	19 886
	Association La Croisée 11-06064	Haute-Gaspésie	Activités d'animation, aide et entraide, sensibilisation, information et défense des droits	38 406	38 406	922	39 328

Programme	Nom de l'organisme	MRC	Activité	Subvention 2011-2012 $	Subvention 2011-2012/ Annualisation 2012-2013 $	Indexation 2012-2013 $	Subvention 2012-2013 $
	Association des personnes handicapées Action Chaleurs 11-06050	Bonaventure	Activités d'animation, aide et entraide, sensibilisation, information et défense des droits	59 112	59 112	1 419	60 530
	Association des personnes handicapées des Îles 11-06051	Îles-de-la-Madeleine	Activités d'animation, aide et entraide, sensibilisation, information et défense des droits	39 353	39 353	944	40 298
	Association de l'autisme et des autres TED de l'Est du Québec 11-06070	Supra régional	Information, sensibilisation, soutien individuel, animation, défense des droits	31 402	31 402	754	32 156
TOTAL				**450 814**	**450 814**	**10 820**	**461 634**
Déficience Physique (BC)	La Maison Maguire pour personnes handicapées inc. 11-00713	Régional (Avignon)	Camp d'été, services de répit pour les proches, activités de jour	36 832	36 832	884	37 716
	Association des personnes handicapées du secteur CLSC l'Estran inc. 11-01054	Côte-de-Gaspé	Activités de jour, information, sensibilisation, défense des droits	5 464	5 464	131	5 595
	Association de défense des droits des personnes handicapées de Gaspé inc. 11-01404	Côte-de-Gaspé	Activités de jour, information, sensibilisation, défense des droits	8 703	8 703	209	8 912
	Association des handicapés Val-Rosiers inc. 11-01408	Côte-de-Gaspé	Activités de jour, information, sensibilisation, défense des droits	6 176	6 176	148	6 324
	Centre pour handicapés La Joie de Vivre de Chandler inc. 11-02154	Rocher-Percé	Activités de jour, information, sensibilisation, défense des droits	17 084	17 084	410	17 494
	L'AHMI Association pour personnes handicapées de Murdochville inc. 11-03018	Côte-de-Gaspé	Activités de jour, sensibilisation, information et défense des droits	4 855	4 855	117	4 971
	Association La Croisée 11-06064	Haute-Gaspésie	Activités de jour, sensibilisation, information et défense des droits	17 750	17 750	426	18 175
	Association des personnes handicapées Action Chaleurs 11-06050	Bonaventure	Activités de jour, Sensibilisation, information et défense des droits	17 645	17 645	423	18 068
	Association des personnes handicapés des Îles 11-06051	Îles-de-la-Madeleine	Activité d'animation, aide et entraide, sensibilisation, information et défense des droits	16 816	16 816	404	17 220

Programme	Nom de l'organisme	MRC	Activité	Subvention 2011-2012 $	Subvention 2011-2012/ Annualisation 2012-2013 $	Indexation 2012-2013 $	Subvention 2012-2013 $
	Association des personnes handicapées visuelles GÎM 11-06033	Régional (Bonaventure)	Aide et entraide, information, sensibilisation, défense des droits	62 469	62 469	1 499	63 968
	Association des TCC et ACV de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine 11-03144	Régional (Avignon)	Aide et entraide, information, sensibilisation, défense des droits	93 824	93 824	2 252	96 076
TOTAL				**287 618**	**287 618**	**6 903**	**294 521**
Services généraux (IH)	CAB Saint-Alphonse - Nouvelle inc. 11-00076	Bonaventure/Avignon	Promotion de l'action communautaire, soutien aux bénévoles, aide et entraide aux individus et soutien aux groupes	32 757	32 757	786	33 543
	CAB Les Hauts-Bois inc. 11-00379	Côte-de-Gaspé		49 125	49 125	1 179	50 304
	CAB des Chic-Chocs inc. 11-00440	Haute-Gaspésie		40 694	40 694	977	41 670
	CAB Gascons-Percé inc. 11-00728	Rocher-Percé		49 414	49 414	1 186	50 600
	CAB St-Siméon Port-Daniel 11-01060	Bonaventure		36 241	36 241	870	37 111
	CAB La Grande Corvée 11-01084	Côte-de-Gaspé		37 638	37 638	903	38 541
	CAB Le Hauban inc. 11-01348	Côte-de-Gaspé		25 117	25 117	603	25 719
	CAB Ascension-Escuminac 11-02224	Avignon		63 325	63 325	1 520	64 845
	CAB des Îles-de-la-Madeleine 11-02296	Îles-de-la-Madeleine		31 873	31 873	765	32 638
Services généraux (IQ)	Regroupement des organismes communautaires GIM 11-06030	Régional (Gaspé)	Concertation, représentation des intérêts et des droits des organismes communautaires autonomes, formation	144 908	144 908	3 478	148 386
Services généraux (IS)	Maison Blanche-Morin. 11-00155	Rocher-Percé	Hébergement temporaire pour les femmes victimes de violence et leurs enfants, suivi posthébergement et suivi externe	557 908	557 908	13 390	571 298
	Centre Louise-Amélie inc. 11-01097	Haute-Gaspésie		634 850	654 850	15 716	670 567
	Maison d'aide et d'hébergement L'Aid'Elle inc. 11-01579	Côte-de-Gaspé		623 859	623 859	14 973	638 831
	Maison d'aide et d'hébergement L'Accalmie 11-01935	Îles-de-la-Madeleine		456 871	456 871	10 965	467 836

Programme	Nom de l'organisme	MRC	Activité	Subvention 2011-2012 $	Subvention 2011-2012/ Annualisation 2012-2013 $	Indexation 2012-2013 $	Subvention 2012-2013 $
	Maison d'aide et d'hébergement L'Émergence inc. 11-02110	Bonaventure/Avignon		623 859	623 859	14 973	638 831
Services généraux (IV)	CALACS L'Espoir des Îles 11- 06073	Îles-de-la-Madeleine	Information, sensibilisation, prévention, aide et accompagnement	127 426	127 426	3 058	130 484
	CALACS La Bôme-Gaspésie 11-06029	Gaspésie (Côte-de-Gaspé)		331 509	331 509	7 956	339 465
Services généraux (IT)	Regroupement des femmes de Gaspé inc. 11-00169	Côte-de-Gaspé	Information, sensibilisation, soutien individuel et de groupe, animation, défense des droits	180 474	180 474	4 331	184 806
	Regroupement des femmes La Sentin'Elle inc. 11-00700	Îles-de-la-Madeleine		180 474	180 474	4 331	184 806
	Centr'Elles - comité d'action des femmes d'Avignon inc. 11-01222	Avignon		180 572	180 572	4 334	184 905
	Femmes en mouvement inc. 11-01752	Bonaventure		180 665	180 665	4 336	185 001
	Femmes Entr'Elles 11-06035	Rocher-Percé		180 472	180 472	4 331	184 803
TOTAL				**4 770 031**	4 790 031	**114 961**	**4 904 992**
Perte d'autonomie liée au vieillissement (EJ)	Société Alzheimer GIM 11-06058	Régional (Avignon)	Promotion, sensibilisation, aide et entraide	122 814	122 814	2 948	125 762
Perte d'autonomie liée au vieillissement (ER)	Centre d'action bénévole Saint-Alphonse-Nouvelle inc. 11-00076	Bonaventure/Avignon	Aide bénévole pour des activités de maintien à domicile : popote roulante, transport-accompagnement, visites amicales, etc.	145 061	145 061	3 481	148 542
	Centre d'action bénévole Les Hauts-Bois inc. 11-00379	Côte-de-Gaspé		10 537	10 537	253	10 790
	Centre d'action bénévole des Chic-Chocs inc. 11-00440	Haute-Gaspésie		120 484	120 484	2 892	123 376
	Centre d'action bénévole Gascons-Percé inc. 11-00728	Rocher-Percé		144 890	144 890	3 477	148 368
	Centre d'action bénévole Saint-Siméon-Port-Daniel 11-01060	Bonaventure		134 263	134 263	3 222	137 485
	Centre d'action bénévole La Grande Corvée 11-01084	Côte-de-Gaspé		35 466	35 466	851	36 318

Programme	Nom de l'organisme	MRC	Activité	Subvention 2011-2012 $	Subvention 2011-2012/ Annualisation 2012-2013 $	Indexation 2012-2013 $	Subvention 2012-2013 $
	Centre d'action bénévole Le Hauban inc. 11-01348	Côte-de-Gaspé		144 817	144 817	3 476	148 293
	Centre d'action bénévole Ascension-Escuminac 11-02224	Avignon		56 190	56 190	1 349	57 538
	Centre d'action bénévole des Îles-de-la-Madeleine 11-02296	Îles-de-la-Madeleine		89 272	89 272	2 143	91 414
TOTAL				**1 003 794**	**1 003 794**	**24 091**	**1 027 885**
Santé physique (GK)	Épilepsie Gaspésie-Sud 11-02181	Bonaventure/Avignon	Information, sensibilisation, aide et entraide	53 615	53 615	1 287	54 902
	Association cardio-respiratoire GÎM 11-02181	Régional	Information, sensibilisation, aide et entraide	32 723	32 723	785	33 508
	Organisme gaspésien des personnes atteintes de cancer 11-02156	Régional (Avignon)	Aide et entraide, information, sensibilisation	85 491	85 491	2 052	87 543
TOTAL				171 829	**171 829**	4 124	**175 953**
Jeunes en difficulté (D1)	Maison des jeunes de Gaspé 11-00023	Côte-de-Gaspé	Information, sensibilisation, activités préventives, aide individuelle et de groupe, animation	77 317	77 317	1 856	79 173
	Maison des jeunes des Îles-de-la-Madeleine 11-00025	Îles-de-la-Madeleine		77 317	77 317	1 856	79 173
	Maison des jeunes de Saint-Alphonse inc. 11-00288	Bonaventure		77 317	77 317	1 856	79 173
	Maison des jeunes de Sainte-Anne-des-Monts 11-00289	Haute-Gaspésie		77 317	77 317	1 856	79 173
	Maison des jeunes de Chandler 11-00291	Rocher-Percé		77 317	77 317	1 856	79 173
	Maison des jeunes Le Trèflerie 11- 00602	Avignon		77 317	77 317	1 856	79 173
	Maison des jeunes de New Richmond 11-00825	Bonaventure		77 317	77 317	1 856	79 173
	Maison des jeunes de Grande-Rivière 11-00953	Rocher-Percé		77 317	77 317	1 856	79 173
	Maison des jeunes de Rivière-au-Renard 11-01164	Côte-de-Gaspé		77 317	77 317	1 856	79 173
	Maison des jeunes de Saint-François-d'Assise 11-01511	Avignon		71 140	71 140	1 707	72 848

Programme	Nom de l'organisme	MRC	Activité	Subvention 2011-2012 $	Subvention 2011-2012/ Annualisation 2012-2013 $	Indexation 2012-2013 $	Subvention 2012-2013 $
	Maison des jeunes de Bonaventure 11-02937	Bonaventure		44 744	44 744	1 074	45 818
	Maison des jeunes de l'Île-du-Havre-Aubert 11-02905	Îles-de-la-Madeleine		44 744	44 744	1 074	45 818
	Maison des jeunes de l'Est des Îles 11-02946	Îles-de-la-Madeleine		44 744	44 744	1 074	45 818
	Maison des jeunes de Caplan 11-06004	Bonaventure		55 157	55 157	1 324	56 480
	Maison des jeunes de Pointe-à-la-Croix 11-06022	Avignon		44 744	44 744	1 074	45 818
	L'Oasis-jeunesse de l'Estran 11-06002	Côte-de-Gaspé		44 744	44 744	1 074	45 818
	L'Entre-Temps - Maison des jeunes de Cap-Chat inc. 11-06003	Haute-Gaspésie		44 744	44 744	1 074	45 818
Jeunes en difficulté (D1)	Maison des jeunes de Gascons inc. 11-06040	Rocher-Percé	Information, sensibilisation, activités préventives, aide individuelle et de groupe, animation	42 703	42 703	1 025	43 728
	Maison des jeunes de Murdochville inc. 11-06026	Côte-de-Gaspé		44 744	44 744	1 074	45 818
	Maison des jeunes de Saint-Elzéar 11-02605	Bonaventure		40 762	40 762	978	41 741
	Maison des jeunes de Carleton 11-06042	Avignon		40 761	40 761	978	37 186
	Maison des jeunes du Grand Paspébiac 11-06036	Bonaventure		40 758	40 758	978	41 736
	Maison des jeunes de Pointe-à-la-Garde 11-06038	Avignon		40 958	40 958	983	41 941
Jeunes en difficulté (D2)	Uni-vers Jeunes 11-06060	Haute-Gaspésie	Aide aux devoirs, atelier sur l'estime de soi, travail de milieu	42 999	42 999	1 032	44 031
	Espace Gaspésie-Les-Îles 11-06053	Régional (Côte-de-Gaspé)	Information, sensibilisation, prévention, animation de groupe	168 218	168 218	4 037	172 255
TOTAL				**1 552 516**	**1 552 516**	**37 260**	**1 585 223**
Santé mentale (FG)	Association d'entraide pour la santé mentale « La Passerelle » -06015	Bonaventure	Activités de réadaptation et réinsertion, information, sensibilisation, prévention	114 118	114 118	2 739	116 856

Programme	Nom de l'organisme	MRC	Activité	Subvention 2011-2012 $	Subvention 2011-2012/ Annualisation 2012-2013 $	Indexation 2012-2013 $	Subvention 2012-2013 $
	Nouveau Regard, Association de parents et amis de la personne atteinte de maladie mentale de la Gaspésie 11-06018	Régional (Bonaventure)	Information, Sensibilisation, prévention, soutien individuel et de groupe (soutien aux proches)	147 679	147 679	3 544	151 223
	Centre de ressourcement, de réinsertion et d'intervention (CRRI) 11-06017	Côte-de-Gaspé	Activités de réadaptation et réinsertion, information, sensibilisation, prévention	107 072	107 072	2 570	109 642
	Centre communautaire l'Éclaircie des Îles 11-06019	Îles-de-la-Madeleine	Activités de réadaptation et réinsertion, information, sensibilisation, prévention, soutien aux proches	143 657	143 657	3 448	147 104
	Groupe d'action sociale et psychiatrique des Monts 11-06016	Haute-Gaspésie	Hébergement temporaire, activités de réadaptation et réinsertion, information, sensibilisation, prévention	312 578	312 578	7 502	320 080
	Centre Émilie-Gamelin 11-06020	Rocher-Percé		320 634	320 634	7 695	328 329
	Centre Accalmie inc. 11-01178	Bonaventure/Avignon		289 350	289 350	6 944	296 294
	Regroupement des organismes communautaires et alternatifs en santé mentale 11-06043	Régional (Haute-Gaspésie)	Concertation régionale	8 942	8 942	215	9 156
	La Maison à Damas 11-01814	Îles-de-la-Madeleine	Hébergement temporaire	191 219	191 219	4 589	195 808
	Accueil Blanche Goulet de Gaspé 11-02598	Côte-de-Gaspé	Hébergement temporaire	200 231	200 231	4 806	205 036
TOTAL				**1 835 479**	**1 835 479**	**44 051**	**1 879 530**

TOTAL MISSION GLOBALE	**Recommandation 2011-2012 $**	**Subvention 2011-2012/ Annualisation 12-13**	**Indexation 2012-2013 $**	**Recommandation 2012-2013 $**
	11 024 531	**11 044 530**	**265 069**	**11 289 858**

Répartition de l'enveloppe budgétaire – Ententes spécifiques

Secteurs	Nom de l'organisme	MRC	ACTIVITÉS	Subvention 2011-2012 $	Subvention 2011-2012 annualisation 2012-2013 $	Indexation 2012-2013 $	Subvention 2012-2013 $
Santé publique (HB)	Maison de la famille Parenfant Gaspé 11-06025	Côte-de-Gaspé	Périnatalité, soutien à l'allaitement maternel, soutien parental, enfants 0-5 ans	12 720	12 720	305	13 026
	Halte-parents de la Vallée 11-02741	Côte-de-Gaspé	Périnatalité, service des relevailles, soutien parental, enfants 0-5 ans	12 720	12 720	305	13 026
	Maison de la Famille-MRC Bonaventure inc. 11-02934	Bonaventure	Soutien parental, enfants 0-5 ans	4 962	4 962	119	5 081
	Carrefour-Ressources 11-06007	Haute-Gaspésie	Soutien parental, enfants 0-5 ans	4 962	4 962	119	5 081
	Organismes communautaire famille L'Embellie 11-06074	Îles-de-la-Madeleine	Soutien parental, enfants 0-5 ans	4 962	4 962	119	5 081
	La Maison de la famille Contre vents et marées 11-02004	Rocher-Percé	Soutien parental, enfants 0-5 ans	4 962	4 962	119	5 081
	Family Ties Carrefour famille New Carlisle 11-06046	Bonaventure	Soutien parental, enfants 0-5 ans	26 935	26 935	646	27 581
Santé publique (HL)	La Maison de la famille Contre vents et marées 11-02004	Rocher-Percé	Sécurité alimentaire, animation, information, sensibilisation	28 240	28 240	678	28 918
	Family Ties Carrefour famille New Carlisle 11-06046	Bonaventure	Sécurité alimentaire, animation, information, sensibilisation	16 580	16 580	398	16 978
TOTAL				**117 045**	**117 045**	**2 809**	**119 853**
Déficience physique (BC)	Ressource d'aide aux personnes handicapées	Bas-St-Laurent		14 123	14 123	339	14 462
TOTAL				**14 123**	**14 123**	**339**	**14 462**
Jeunes en difficulté (DZ)	Mesures alternatives jeunesse Gaspésie-Sud inc. 11-00956	Avignon Bonaventure/ Rocher-Percé	Soutien individuel et de groupe (LPJ et Loi des jeunes contrevenants), prévention	116 620	130 129	3 123	133 252
	Organisme de justice alternative jeunesse Gaspésie-Nord 11-01401	Côte-de-Gaspé/Haute-Gaspésie/Îles-de-la-Madeleine		141 552	141 552	3 397	144 949

Secteurs	Nom de l'organisme	MRC	ACTIVITÉS	Subvention 2011-2012 $	Subvention 2011-2012 annualisation 2012-2013 $	Indexation 2012-2013 $	Subvention 2012-2013 $
TOTAL				258 172	271 681	6 520	278 201
Santé mentale (FG)	Droits et recours en santé mentale Gaspésie/Les Îles 11-06021	Régional (Bonaventure)	Défense des droits et des intérêts, information et sensibilisation	74 880	74 880	1 797	76 677
	Centre de ressourcement, de réinsertion et d'intervention (CRRI)	Côte-de-Gaspé	Travailleur de corridor	19 064	19 064	458	19 521
	Centre Émilie Gamelin	Rocher-Percé	Soutien communautaire en logement social	37 069	37 069	890	37 958
TOTAL				131 013	131 013	3 144	134 157
TOTAL ENTENTES SPÉCIFIQUES				Recommandation 2011-2012 $	Subvention 2011-2012/ Annualisation 12-13	Indexation 2012-2013 $	Subvention 2012-2013 $
				520 353	533 862	12 813	546 674
TOTAL MISSION GLOBALE				11 024 531	11 044 530	265 069	11 289 858
GRAD TOTAL DU PROGRAMME DE SOUTIEN AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES				11 544 884	11 578 392	277 882	11 836 532

Les dossiers importants en 2012-2013

Rencontre Agence-ROCGIM

Au cours de la dernière année, l'Agence et le Regroupement des organismes communautaires de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine (ROCGIM) ont tenu deux rencontres statutaires afin de procéder au suivi des dossiers en cours et d'échanger sur les enjeux régionaux et nationaux.

Le 7 mars 2013, lors de la réunion du comité plénier, le ROCGIM a présenté aux membres du C. A. de l'Agence et à sa présidente-directrice générale, une demande d'appui à leurs démarches visant l'obtention d'un plan de rehaussement du financement à la mission et d'un programme dédié à l'action communautaire. La démarche du ROCGIM s'inscrit dans le cadre de la campagne nationale du milieu communautaire intitulée « Je tiens à ma communauté. Je soutiens le communautaire ».

Les membres du C. A. de l'Agence se sont dits préoccupés par la situation financière précaire de bon nombre d'organismes communautaires et ont émis le souhait que l'Agence, en réponse à la demande d'appui du milieu communautaire, poursuive les représentations nécessaires à l'identification de solutions concrètes aux problèmes de financement. À cet égard, ils ont salué l'initiative de la ministre Hivon qui s'est engagée à amorcer une démarche de réflexion et de solution sur le financement du PSOC. L'Agence a d'ailleurs été interpellée par le MSSS pour se joindre aux travaux nationaux.

La convention de soutien financier 2012-2015

La convention de soutien financier 2012-215 constitue un élément-clé du plan d'action du MSSS en réponse à plusieurs recommandations du Vérificateur général du Québec (VGQ) portant sur le soutien financier aux organismes communautaires. Il s'agit d'un protocole d'entente qui vient préciser les obligations de l'Agence et des organismes quant à l'octroi du soutien financier à la mission globale et garantit la reconduction du financement jusqu'en 2015, pourvu que les organismes respectent les conditions prescrites.

À la suite du rejet par le milieu communautaire de la première proposition de convention en décembre 2010, un groupe de travail MSSS-Agence-milieu communautaire a été formé pour revoir l'ensemble des articles du projet de convention. En juin 2012, après plusieurs rencontres de travail, les représentants du milieu communautaire ont recommandé aux organismes d'accepter la convention.

Au cours de l'automne 2012, la convention de soutien financier 2012-2015 a été présentée aux organismes communautaires concernés de notre région. L'ensemble des conventions (87), dûment signées par des représentants désignés, a été transmis à l'Agence dans les délais requis.

Reconnaissance

En 2012-2013, l'organisme Hommes et Gars, une ressource d'aide et de soutien pour les conjoints violents et les hommes en difficulté des Îles-de-la-Madeleine, a été reconnu par l'Agence. Avec Convergence, qui a été reconnu en 2011-2012, les activités communautaires de soutien aux hommes en difficultés et aux conjoints violents sont maintenant offertes dans l'ensemble de la région.

Reddition de comptes des organismes communautaires

L'Agence a procédé à l'analyse des dossiers des organismes communautaires. Nous remarquons une amélioration constante en ce qui a trait à la qualité de l'information que contiennent les rapports annuels d'activités. Cela n'est pas étranger à l'application du cadre de référence du MSSS sur la reddition de comptes.

Le Cadre de relation entre les CSSS et les organismes communautaires

Les travaux du Cadre de relation régional entre les établissements publics de santé et de services sociaux et les organismes communautaires se sont poursuivis en 2012-2013. Le Cadre de relation régional présente les rôles et les responsabilités des établissements de santé et de services sociaux dans le contexte des réseaux locaux de services. Il identifie les principales caractéristiques des organismes communautaires autonomes et rappelle leur contribution particulière à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population. Il présente et met en valeur les différents types de relation entre les acteurs et suggère des principes directeurs de la relation. Il détermine aussi les conditions favorables à la collaboration, à la concertation et au partenariat. Enfin, il propose des modalités en matière d'entente de collaboration ou de services.

Au cours de l'année 2012-2013, le comité cadre de relation, composé de deux représentantes d'établissement, trois représentantes du ROCGIM et deux représentantes de l'Agence, s'est rencontré à deux reprises afin de valider les modifications et les ajouts découlant du rapport de la consultation régionale du printemps 2012 de même que pour s'entendre sur les échéanciers des travaux.

Un second comité a été formé en février 2013 afin de travailler plus particulièrement à l'élaboration de guides de protocole d'entente type. Le comité s'est rencontré à trois reprises et un guide a été conçu pour chaque type d'entente : entente de collaboration, entente de collaboration avec soutien financier et entente de services.

Les travaux du cadre de relation tirent à leur fin. Le document final, incluant les trois guides, sera présenté au comité régional de coordination PDG-DG en vue de son adoption par les C. A. des établissements au cours de l'automne 2013.

Section 3

Les programmes-services

SERVICES GÉNÉRAUX PSYCHOSOCIAUX

Forte des orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience du programme Services généraux d'activités cliniques et d'aide, l'Agence a mis en place un comité régional de coordination et de concertation pour les services sociaux généraux. Une première rencontre a eu lieu en mars 2013, dont le sujet principal portait sur les services d'hébergement temporaire dans le contexte 24/7. L'offre de service des services généraux, avec les nouveaux standards, est à instaurer graduellement sur l'ensemble de notre territoire.

DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT (DI-TED) ET DÉFICIENCE PHYSIQUE

L'organisation des services		
Indicateur	***Réalisé***	***Non réalisé***
Réaliser un plan régional triennal d'amélioration de l'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique, intellectuelle ou un trouble envahissant du développement et déposer un bilan annuel de l'état d'avancement de leur plan	Réalisé	
Commentaire		
PRAAC réalisé en collaboration avec les gestionnaires d'accès.		

Fiche de reddition de comptes 2012-2013				
Axe d'intervention :	***Services sociaux et de réadaptation***			
Objectif de résultat	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 CR ▪ 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			
Indicateur		***Résultat 2011-2012***	***Engagement 2012-2013***	***Résultat 2012-2013***
1.45.45.02	Taux de demandes de service traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès - TOUTES DÉFICIENCES - TOUS ÂGES - PRIORITÉ URGENTE	55,6	90	83,3
1.45.45.03	Taux de demandes de service traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès - TOUTES DÉFICIENCES - TOUS ÂGES - PRIORITÉ ÉLEVÉE	86,7	90	83,0
1.45.45.04	Taux de demandes de service traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès - TOUTES DÉFICIENCES - TOUS ÂGES - PRIORITÉ MODÉRÉE	96,1	90,0	93,8
1.07.04	Pourcentage des personnes qui sont évaluées en dépendance en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins	64,2	63,2	62,1
Commentaire				
1.45.45.02 : l'écart à la cible s'explique uniquement par des entrées de données erronées (ex. : clients mal diagnostiqués, nouveaux intervenants, saisie antérieure au 31 mars 2011 pour CRDG, demandes traitées et non saisies). Aucune personne de niveau de priorité urgent n'est actuellement en attente. Nette amélioration avec l'année 2011-2012. **1.45.45.03 :** en CRDP, les services en déficience du langage sont en mutation et des travaux d'optimisation des services en orthophonie sont en cours.				

Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience

Cette priorité ministérielle a pour but de desservir les personnes ayant une déficience dans des délais prescrits et d'instaurer des changements de processus dans les établissements. Le plan d'accès s'est attardé principalement durant la dernière année à consolider la fonction d'intervenant pivot réseau dans tous les établissements et à poursuivre les travaux en regard de la qualité et de la gestion des données dans les systèmes d'information et de la gestion centralisée et standardisée des listes d'attente. Nous avons également entrepris les travaux relatifs à la gestion intégrée de l'accès. Les processus cliniques et la programmation Accueil-Évaluation-Orientation du Centre de réadaptation de la Gaspésie (CR) ont été complétés. Les trajectoires de services pour les cas d'accidents vasculaires cérébraux nécessitant de la réadaptation sont complétées.

Par ailleurs, notre performance en termes de respect des délais d'accès est optimale, sauf en de très rares zones de vulnérabilité, notamment dans la production du Programme d'adaptation de domicile, en conséquence de la pénurie d'ergothérapeutes.

Programme régional de transport-hébergement des personnes vivant avec un handicap

Le cadre de gestion du Programme régional de transport-hébergement des personnes vivant avec un handicap a été révisé de façon à éliminer le plus de situations problématiques possible et d'apporter un nouvel éclairage sur les inévitables zones grises. Également, des travaux ont été effectués afin de transférer la fiducie de ce programme au Centre de réadaptation de la Gaspésie. Les travaux et les transferts devraient être achevés d'ici l'automne 2013.

Hébergement en déficience physique

La mise en œuvre du plan d'hébergement visant à ouvrir des places de ressources intermédiaires pour la déficience physique (RI-DP) dans tous les territoires bat son plein. Ce sont trois territoires, qui, durant l'année 2012-2013, se sont vus attribuer deux places récurrentes pour chacun, dédiées aux personnes ayant un handicap physique. Toutefois, la loi sur la représentation des ressources de type familial et de certaines ressources intermédiaires vient complexifier le transfert de la responsabilité des usagers en déficience physique du Centre de réadaptation de la Gaspésie vers les CSSS.

Unité de réadaptation fonctionnelle intensive

Pour la dernière année, ce sont 42 usagers qui ont été admis et huit inscrits en Unité de réadaptation fonctionnelle intensive. La durée moyenne de séjour varie de 25 à 86 jours selon le type de clientèle. Un usager a refusé d'être admis et huit ont été refusés.

SOUTIEN À DOMICILE (SAD)

Fiche de reddition de comptes 2012-2013			
Axe d'intervention	***Service de soutien à domicile***		
Objectif de résultat	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)	310 289	271 303	330 652

Commentaires

La région a largement dépassé l'engagement de 2012-2013. Les travaux relatifs à l'optimisation des services de soutien à domicile concernant notamment un projet d'organisation du travail, la standardisation des notes évolutives aux dossiers des usagers, la saisie en direct de l'Outil d'évaluation multiclientèle (OEMC) et des activités de formation sont en cours de réalisation. Les données sur la productivité démontrent que notre région est en augmentation du temps direct offert aux clients, et ce, pour plusieurs centres d'activités.

Afin de faciliter la compréhension des programmes ayant cours en soutien à domicile, l'Agence a déposé, auprès des gestionnaires des CSSS, des entreprises d'économie sociale en aide domestique et des organismes communautaires désirant être informés, un guide d'interprétation du programme Allocation directe / Modalité du chèque emploi-service et du Programme d'exonération financière en service d'aide domestique.

RESSOURCES DE TYPE FAMILIAL ET RESSOURCES INTERMÉDIAIRES

Les ressources

Les ressources de type familial et les ressources intermédiaires sont des ressources d'hébergement à caractère non institutionnel. Les établissements peuvent y avoir recours pour héberger des jeunes ou adultes ayant différentes problématiques (déficience intellectuelle, déficience physique, santé mentale, soutien à l'autonomie des personnes âgées, protection sociale). Ces ressources permettent d'offrir aux usagers des services de soutien et d'assistance requis par leur condition et leur procurent un milieu de vie se rapprochant le plus d'un chez soi et favorisant entre autres, l'intégration sociale.

Législation

Les modifications législatives apportées à la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) et l'application de la Loi sur la représentation des ressources de type familial et de certaines ressources intermédiaires et sur le régime de négociation d'une entente collective les concernant (LRR), adoptée le 12 juin 2009, apportent plusieurs changements notamment au niveau du statut des RI et des RTF et dans l'exercice des responsabilités incombant à l'Agence, aux établissements et aux ressources. Ceci s'inscrit dans une restructuration des façons de fonctionner.

Pour près de 250 ressources en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine (hébergeant 681 usagers), il y a maintenant pour un peu moins de 50 % d'entre elles, deux ententes nationales découlant de la LSSSS, une entente collective et des conditions d'exercice découlant de la LRR qui sont nouvellement applicables. Un peu moins de 50 % des ressources sont en attente d'une entente collective et pour qui les anciennes modalités continuent de s'appliquer (les contrats).

Les ententes collectives et nationales, ainsi que les conditions d'exercice portent notamment sur :

- Les responsabilités de l'établissement et de la ressource et de l'un envers l'autre;
- L'entente spécifique ou particulière entre la ressource et l'établissement;
- La rétribution des services (composantes de rétributions, montants pour les régimes sociaux, de santé, de sécurité, de formation et de perfectionnement);
- Les conditions et modalités applicables aux congés;
- La procédure de règlement des mésententes et la procédure d'arbitrage civil;
- Le comité de concertation local ou le mécanisme de concertation.

Règlement sur la classification des services offerts par une ressource intermédiaire et une ressource de type familial

Après la sortie du règlement en 2011 et des multiples interprétations, le MSSS s'apprête à supporter le réseau par un Guide d'utilisation de l'Instrument de détermination et de classification des services de soutien ou d'assistance. Il visera les trois sections du règlement : Services de soutien ou d'assistance communs devant être offerts par toutes ressources, Identification et précision des services de soutien ou d'assistance particuliers et Sommaire des renseignements nécessaires à la prise en charge d'un nouvel usager. Une opération de formation régionale aura lieu en 2013.

DÉPENDANCES

Pour le programme Dépendances, l'année 2012-2013 a été principalement une année de consolidation et d'actualisation des travaux réalisés antérieurement. En effet, il s'avérait nécessaire de soutenir et d'accompagner le réseau dans la mise en œuvre des orientations déjà adoptées, mais qui restaient à rendre opérationnelles. Ainsi, les principaux travaux de l'Agence ont porté sur la consolidation des services et la clarification de la trajectoire d'accès à certains d'entre eux ainsi que sur la poursuite de la mise en œuvre de certaines orientations régionales.

Organisation des services pour les personnes aux prises avec un trouble concomitant Santé mentale/Dépendances

Suite à l'adoption des lignes directrices relatives à l'organisation des services aux personnes aux prises avec un problème concomitant Santé mentale/Dépendances en Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine, l'Agence a intégré dans les ententes de gestion CSSS/Agence 2012-2013 l'objectif suivant : *Élaboration du nouveau modèle d'organisation des services aux personnes aux prises avec un problème concomitant Santé mentale/Dépendances selon les orientations régionales.*

À cet effet, l'Agence a proposé son appui aux CSSS afin de les accompagner dans la mise en œuvre de ces orientations. Cet objectif inscrit dans les ententes de gestion 2012-2013 sera reconduit en 2013-2014. L'état d'avancement des travaux fut abordé lors de la réunion du comité de mise en œuvre de l'offre de service en Dépendances où l'Agence a réitéré sa disponibilité à accompagner les CSSS qui le désirent.

Orientations régionales relatives au traitement de la dépendance aux opioïdes avec une médication de substitution

Suite à l'adoption des orientions citées plus haut, l'Agence a intégré dans les ententes de gestion CSSS/Agence 2012-2013 l'objectif suivant : *Assurer la disponibilité des services de traitement de la dépendance aux opiacés avec traitement de substitution.*

Les CSSS ont déposé un plan d'action à cet effet et l'Agence a proposé son appui à ceux-ci afin d'atteindre les objectifs inscrits. Cet objectif introduit en 2012-2013 sera reconduit en 2013-2014. Par ailleurs, l'Agence a facilité la participation des médecins à une formation leur permettant de devenir prescripteurs de produits de substitution aux personnes requérant de tels produits.

Offre de service en dépendances pour les jeunes recevant des services du Centre jeunesse Gaspésie/Les Îles par le Centre de réadaptation en dépendance Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine

Dans le cadre de la Stratégie d'action jeunesse, le Centre de réadaptation en dépendance de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine (CRD GIM) est appelé à offrir, en collaboration avec le Centre jeunesse Gaspésie/Les Îles, les services appropriés aux jeunes du centre jeunesse qui sont aux prises avec un problème de dépendance ou à risque de développer un tel problème. Les deux établissements ayant déjà élaboré un protocole de collaboration. L'Agence a donc coordonné la production d'une trajectoire de services régionale, avec la collaboration du centre jeunesse et du CRD GIM.

Trajectoire d'accès au service de désintoxication avec hébergement pour les personnes adultes en état d'intoxication

Au mois de septembre 2011, entrait en fonction un nouveau service de désintoxication avec hébergement. Ce nouveau service placé sous la responsabilité du CRD GIM du CSSS de La Haute-Gaspésie est proposé aux populations de la région 01 et 11 et s'adresse aux personnes qui sont à risque de vivre des complications médicales lors du sevrage du ou des produits dont ils sont dépendants, ce qui nécessite un hébergement avec suivi médical et psychosocial. Afin de bien évaluer les besoins de ces personnes et de définir clairement les responsabilités des intervenants dans l'accès à ce service, l'Agence, en collaboration avec le CRD GIM, a élaboré une trajectoire d'accès à ce service. Ce document s'inscrit en continuité et en complémentarité du Mécanisme d'accès aux services du programme Dépendances élaboré en 2007.

JEUNES EN DIFFICULTÉ

L'organisation des services		
Indicateur	***Réalisé***	***Non réalisé***
Les centres de santé et de services sociaux (CSSS) et les centres jeunesse (CJ) devront prolonger jusqu'en 2015 l'implantation des orientations contenues dans le document « Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience – Programme-service Jeunes en difficulté - Offre de service 2007 2012 ».		
Commentaires		
Un exercice de partage des bilans de l'offre de service Jeunes en difficulté a eu lieu dans chaque établissement. Cet exercice a permis notamment une meilleure appropriation de l'offre de service de la part des intervenants. Par ailleurs, un partage des bilans CJ-CSSS avec les principaux partenaires intersectoriels est en cours dans chacun des réseaux locaux de services afin de dégager des cibles communes pour atteindre les standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience de l'offre de service.		

Offre de service du programme Jeunes en difficulté

La région de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine poursuit à un rythme soutenu le déploiement des différents services de l'offre de service du programme Jeunes en difficulté. Il faut toutefois noter qu'il reste du travail à faire pour atteindre les standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience. Ainsi, un exercice de partage des bilans de l'offre de service du programme Jeunes en difficulté a eu lieu dans chaque établissement. Cet exercice a permis notamment une meilleure appropriation de celle-ci de la part des intervenants, professionnels et gestionnaires. Par ailleurs, un partage des bilans centre jeunesse-CSSS avec les principaux partenaires intersectoriels est en cours dans chacun des réseaux locaux de services afin de dégager des cibles communes pour atteindre les standards attendus.

Service Programme d'intervention en négligence

Chacun des CSSS, en collaboration avec le Centre jeunesse Gaspésie/Les Îles, poursuit l'implantation du programme d'intervention en négligence : le Programme d'aide personnelle, familiale et communautaire (PAPFE[2]). Cette programmation exige un travail de collaboration important avec les partenaires du communautaire afin de permettre de véritables retombées à long terme auprès des familles vivant dans un contexte de négligence.

Par ailleurs, un nouveau budget récurrent est venu soutenir l'ensemble des réseaux locaux de services dans le déploiement de ce service, notamment pour l'engagement d'animateurs de groupes de parents et d'un coordonnateur clinique régional à temps partiel. Ces mesures souhaitent renforcer la pérennité de la programmation en négligence qui sera mise en place partout sur notre territoire. Actuellement, les RLS de la Haute-Gaspésie et des Îles ont amorcé leurs activités cliniques en négligence. Les trois autres RLS débuteront d'ici la fin de 2013. Le MSSS effectue le monitorage de l'implantation de ce service dans quatre régions, dont la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine et tous les RLS devront avoir implanté ce service en 2015.

Comité régional MSSS-MELS

Le comité régional du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et du ministère de l'Éducation, des Loisirs et des Sports (MELS) poursuit ses travaux dans le cadre du soutien à la démarche de réalisation de plan de service individualisé (PSI) pour la clientèle jeunesse. À ce titre, l'élaboration d'une formation a été complétée et un modèle de soutien à la pratique des PSI élaboré. La formation sera diffusée dans chacun des réseaux locaux de services à l'automne 2013.

Plan de formation Jeunes en difficulté 2010-2012

Le plan de formation Jeunes en difficulté prolongé jusqu'en 2015 vise le développement de nouvelles compétences nécessaires à la mise en application de l'offre de service. L'Agence a collaboré à la poursuite de formations conjointes au cours des dernières années et notamment au printemps 2012, à l'intention des nouveaux intervenants des centres de santé et de services sociaux et du centre jeunesse de même qu'au personnel d'encadrement clinique qui accompagne ces nouveaux intervenants dans le développement de leurs compétences.

Maisons de jeunes

L'Agence supporte les maisons de jeunes dans leur pratique en favorisant leur adhésion au Regroupement des maisons de jeunes du Québec. Ce regroupement a élaboré une politique d'adhésion et la procédure de marrainage est l'outil choisi permettant l'intégration des nouveaux membres. La Maison des jeunes de Maria coordonne régionalement ce processus. À ce jour, quatorze maisons de jeunes de la région sont membres du RMJQ et deux autres sont actuellement en processus.

Projet d'optimisation

Afin d'assurer une meilleure continuité et qualité des services offerts aux jeunes en difficulté et à leur famille, le CSSS de La Haute-Gaspésie et le Centre jeunesse Gaspésie/Les Îles, succursale de La-Haute-Gaspésie, ont convenu de diverses actions dans le cadre d'un projet d'optimisation, notamment le partage d'expertises, la tenue de rencontres d'équipes conjointes et la réalisation d'interventions cliniques conjointes.

PERSONNES ÂGÉES

Réseau de services intégrés pour les personnes âgées

Depuis plusieurs années, les centres de santé et de services sociaux sont en processus d'implantation d'un réseau de services intégrés pour les personnes âgées. Ce modèle d'organisation suppose la mise en place de différentes composantes cliniques, administratives et organisationnelles, de même que la collaboration dynamique entre divers partenaires. Pour l'année 2012-2013, dans notre région, la cible à atteindre était de 64 %. Le résultat régional obtenu s'élève à 63,41 %, pour des résultats locaux variant entre 42,72 % et 77,70 %. Les réalités organisationnelles de chaque établissement, dont les processus de travail et les mouvements de personnel, expliquent en partie ces différences. La fonction de gestion de cas et les plans d'intervention et plans de services individualisés demeurent, pour la majorité des établissements, des composantes à renforcer.

Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier

Des travaux, dans le cadre de l'implantation de l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier, ont été menés tout au long de l'année dans les CSSS de notre région. Les établissements sont engagés dans la mise en place et l'actualisation de pratiques cliniques et organisationnelles qui permettent de préserver l'autonomie de la personne âgée lors d'un séjour hospitalier. Outre le travail effectué dans chacune des composantes de l'approche adaptée à la personne âgée, notons en particulier pour l'année 2012-2013, l'implantation dans chaque établissement d'un programme de marche et d'indicateurs de mesure pour en évaluer la performance.

Visite d'évaluation de la qualité du milieu de vie

La nouvelle démarche d'évaluation de la qualité du milieu de vie en centre hospitalier de soins de longue durée (CHSLD), prévue dans les orientations ministérielles, a débuté en mai 2012. Deux de nos CHSLD ont été visités, soit celui de Cap-Chat le 28 mai et le 12 novembre 2012 et celui du Mgr Ross de Gaspé les 29 et 30 mai 2012. Les plans d'amélioration ont été mis en place et un suivi régulier est assuré par l'Agence. Les installations CHSLD seront visitées à l'intérieur de deux ans.

Résidences privées pour aînés

Définition d'une résidence privée pour aînés

Une résidence privée pour aînés est un immeuble d'habitation collective occupé ou destiné à être occupé principalement par des personnes âgées de 65 ans et plus et où sont offerts par l'exploitant de la résidence, outre la location de chambres ou de logements, différents services compris dans au moins deux des catégories de services, définies par règlement : services de repas, services d'assistance personnelle, soins infirmiers, services d'aide domestique, services de sécurité ou services de loisirs.

Nouveau règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité et les normes d'exploitation d'une résidence privée pour aînés

Le projet de loi nº 16, sanctionné le 30 novembre 2011, a modifié certaines dispositions législatives afin de resserrer le processus de certification des résidences privées pour aînés. Un projet de règlement, adopté le 27 février 2013, est venu compléter les articles de la loi concernant la certification de ces résidences, en prévoyant les règles nécessaires à son application. Les modifications réglementaires touchent principalement :

- La catégorisation des résidences privées pour aînés (clientèle autonome ou semi-autonome);
- Les exemptions de certains articles du règlement pour les petites résidences;
- Les règles régissant l'obtention d'une attestation temporaire avant d'accueillir un premier résident;
- L'obligation de signature d'un bail avec le formulaire de la Régie du logement;
- Le seuil minimal de personnes devant être présentes, en tout temps, dans la résidence;
- La vérification des antécédents judiciaires des exploitants, dirigeants, administrateurs, employés et bénévoles;
- La formation des préposés;
- Le protocole d'entente à signer avec le CSSS de leur territoire.

Coordination régionale en matière de maltraitance envers les personnes aînées

Au cours de la dernière année financière, le changement dans la gouvernance politique a entraîné le transfert du Secrétariat aux aînés rattaché au ministère de la Famille et des Aînés vers le ministère de la Santé et des Services sociaux. Toutefois, ce changement administratif s'est opéré dans la continuité du mandat conféré au secrétariat quant à la coordination nationale du Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées 2010-2015 et quant à l'actualisation des mesures structurantes, dont le soutien aux coordonnateurs régionaux en poste depuis le printemps 2011.

Mandat du coordonnateur régional

Le mandat du coordonnateur régional a été défini par le Secrétariat aux Aînés et placé sous l'encadrement fonctionnel d'un comité régional d'orientation formé d'un représentant de chacune des organisations suivantes : agence de la santé et des services sociaux, Conférence régionale des élus, table régionale de concertation des aînés, et plus récemment, tables multisectorielles locales pour contrer les abus envers les aînés.

Le coordonnateur régional doit contribuer activement à la mise en œuvre du plan d'action gouvernemental et assurer un soutien aux tables multisectorielles locales et aux partenaires régionaux. Il doit assurer également la liaison entre les partenaires de la région et les partenaires nationaux.

En 2012-2013, le coordonnateur régional en matière de maltraitance envers les aînés a participé à une rencontre nationale et à dix conférences téléphoniques coordonnées par le Secrétariat aux aînés. La coordination nationale permet notamment d'offrir des activités de formation, d'échange et d'information. De plus, le coordonnateur a participé et contribué à l'animation du deuxième Forum des partenaires nationaux en matière de maltraitance envers les personnes aînées permettant de faire l'état d'avancement des actions inscrites au plan d'action gouvernemental.

En lien avec le mandat initial, le coordonnateur a finalisé la rédaction et la diffusion du portrait régional et de l'inventaire des ressources en matière de maltraitance envers les personnes aînées. Également, en étroite collaboration avec les tables multisectorielles, il a réalisé un diagnostic régional portant sur la mobilisation et la concertation des partenaires ainsi que l'organisation des services en matière de maltraitance. Ce diagnostic a permis de dégager des propositions d'action qui ont contribué à l'élaboration du plan d'action régional 2012-2015 dont l'actualisation de certaines mesures a été amorcée au cours de la dernière année. Ce dernier sera intégré au plan d'action régional annuel du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées 2012-2015 qui doit être adopté par le conseil d'administration au début de la prochaine année financière.

Ces travaux ont permis de répondre aux exigences ministérielles quant aux livrables administratifs inscrits dans le mandat initial de la coordination régionale. Leur réalisation s'est appuyée sur une démarche contributive de l'ensemble des partenaires concernés par la maltraitance envers les personnes aînées et a jeté les bases d'une coordination régionale dynamique avec les tables multisectorielles locales.

État d'avancement des travaux régionaux

La coordination régionale a poursuivi son travail de soutien à la concertation intersectorielle et à la mobilisation des partenaires par la mise en réseau des tables multisectorielles locales. Les conférences téléphoniques, le bulletin d'information, la communication continue ainsi que la tournée de consultation ont permis d'alimenter les tables multisectorielles et de soutenir les travaux d'élaboration du diagnostic ainsi que du plan d'action régional. Sur son site Internet, l'Agence a amorcé le développement d'une section dédiée à la maltraitance envers les personnes aînées. Ainsi, une partie de la section s'adressera à la population générale qui pourra y retrouver une information et des liens utiles. Une deuxième partie sera consacrée spécifiquement aux partenaires des tables multisectorielles et aux partenaires régionaux en leur donnant accès à des documents et des outils susceptibles de soutenir les actions locales et régionales.

Pour sa part, la formatrice régionale a donné deux formations de trois jours s'adressant à des intervenants psychosociaux qui assureront la formation des intervenants des CSSS et du milieu communautaire qui œuvrent auprès des personnes aînées. De plus, une soixantaine d'intervenants ont participé à une formation du ministère de la Justice sur l'échange de renseignements confidentiels lorsque la sécurité d'une personne est menacée ainsi qu'une présentation sur les

services offerts par l'équipe spécialisée en matière de maltraitance de la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse. Une formation sur la consolidation des acquis s'adressant aux formateurs locaux est en préparation avec la formatrice régionale, en collaboration avec les spécialistes du CSSS Cavendish. Cette formation sera offerte au printemps 2013.

En étroite collaboration avec les tables multisectorielles locales, la coordination régionale a amorcé les préparatifs de la première campagne régionale de sensibilisation entourant la Journée mondiale de lutte contre la maltraitance envers les personnes aînées qui se tient annuellement le 15 juin. La Conférence régionale des élus ainsi que la table régionale de concertation des aînés se joignent à l'Agence pour soutenir financièrement cette campagne. Des capsules d'information illustrant certains types d'abus envers les aînés seront réalisées par des élèves de l'École Antoine-Roy de Rivière-au-Renard. Une campagne publicitaire dans les journaux et du matériel promotionnel viendront soutenir les tables locales dans la réalisation de leurs activités de sensibilisation. Pour sa part, le Secrétariat aux aînés soutiendra les régions en offrant les rubans mauves et le support informationnel symbolisant la journée mondiale du 15 juin.

Finalement, le comité régional de concertation et de coordination relié au programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées a mis en place un comité de travail qui aura la responsabilité de faire des recommandations quant à l'adaptation des services en matière de maltraitance envers les personnes aînées. Les recommandations sont attendues à l'automne 2013.

SANTÉ MENTALE

Fiche de reddition de comptes 2012-2013	
Axe d'intervention	**Jeunes en difficulté, personnes atteintes de problèmes de santé mentale et personnes aux prises avec une dépendance**
	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

Indicateur	*Résultat 2011-2012*	*Engagement 2012-2013*	*Résultat 2012-2013*
1.08.09 Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de santé mentale de 1re ligne en CSSS (mission CLSC)	1 428	1 890	1 564
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	7	11	11
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	138	136	122
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	594	555	616

Commentaire

1.08.09 : La cible régionale n'est pas atteinte, mais nous remarquons cependant une amélioration par rapport au résultat de l'année précédente. Les travaux visant le développement d'une première ligne forte se poursuivent.

1.08.06 : La majorité des CSSS a réussi à offrir un suivi de type intensif à un certain nombre de leurs usagers. La cible pour l'année 2012-2013 concernant le nombre de places est atteinte et on note aussi une amélioration par rapport au résultat de l'année précédente. Il faut également considérer que ce type de service doit s'offrir dans le cadre d'un système de suivi dit SI-SIV en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, c'est-à-dire sans avoir d'équipe spécifiquement dédiée au soutien intensif.

1.08.05 : La cible concernant le nombre de places en soutien d'intensité variable dans la communauté n'est pas atteinte et on note une diminution du nombre de places par rapport au résultat de l'année précédente. Cependant, trois des cinq CSSS ont amélioré leur nombre de places. Certains sont confrontés à la problématique de ressources humaines, de saisie de données et dans certains milieux la réorganisation est toujours en cours.

Les équipes se mobilisent dans le changement de pratique axée sur le rétablissement, revoient les critères d'inclusion dans le but de mieux répondre aux normes de qualité liées à ce volet de service. Le changement de pratique peut avoir un impact sur la variabilité des données.

Plan d'action 2005-2010

Les centres de santé et de services sociaux de la région poursuivent leur démarche pour déployer les orientations inscrites dans le Plan d'action en santé mentale « La force des liens 2005-2010 ». Le nouveau plan d'action 2012-2017, qui se veut en continuité avec le dernier, devrait être publié dans les mois à venir. Les CSSS poursuivent la réorganisation des services en santé mentale et le principe du rétablissement guide de plus en plus leur cheminement.

Orientation des services pour la clientèle jeunesse

Les orientations reliées à l'organisation des services pour la clientèle jeunesse vivant avec des problèmes de santé mentale ont été adoptées par le conseil d'administration de l'Agence en avril 2012. La trajectoire de services liée à ces orientations ainsi qu'un protocole d'entente axé sur le déploiement des services de 2e ligne pour les jeunes dans la communauté ont été élaborés en collaboration avec les membres du comité régional de coordination et de concertation en santé mentale. Ces documents ont été présentés à la table des chefs de département de médecine spécialisée et le seront sous peu à la commission multidisciplinaire régionale, au comité de direction ainsi qu'au comité régional de coordination PDG-DG.

Hébergement

À la suite de l'adoption des orientations portant sur la reconfiguration des services résidentiels par le conseil d'administration de l'Agence en mars 2011, les CSSS poursuivent leurs démarches pour atteindre les cibles fixées et échelonnées jusqu'en 2015-2016.

SANTÉ PHYSIQUE

Fiche de reddition de comptes 2012-2013	
Axe	**Accessibilité aux services**
Objectif de résultat 2010-2015	
Sujet	**ÉTAT D'AVANCEMENT AU 31 MARS 2013**
Accès aux services spécialisés de chirurgie	Cibles atteintes
Accès aux services d'imagerie	Soutien aux CSSS
Accès au continuum de services AVC	Projets pilotes en démarrage
Accès au continuum de services pour la douleur chronique	Reprise du dossier par le CSSS de La Cote-de-Gaspé
Configuration des services médicaux	PREM autorisé par le ministre
Laboratoires	Hiérarchisation des examens en cours (transfert examen pathologie)
Traumatologie	Comité régional en place, 4 rencontres/an
Service Info-Santé 811	Stable, cibles rencontrées
Prise en charge infarctus du myocarde	Corridors établis

Fiche de reddition de comptes 2012-2013			
Axe d'intervention	***Urgences***		
Objectif de résultat	3.1.6 Assurer une durée de séjour acceptable à l'urgence* pour les personnes sur civière * Plusieurs mesures du Plan stratégique contribuent à l'atteinte de cet objectif		
Indicateur	***Résultats 2011-2012***	***Engagements 2012-2013***	***Résultats 2012-2013***
1.09.31 Pourcentage de séjours de 24 heures et plus sur civière	13.8	15 %	16.24
1.09.03 Pourcentage de séjours de 48 heures et plus sur civière		2 %	3.7
1.09.01 Séjour moyen sur civière (durée)	13.1	12	14.7
Commentaire			
L'augmentation des durées moyennes de séjour et des séjours excédant la cible au plan régional sont attribuables au CSSS de la Baie-des-Chaleurs qui a connu une détérioration importante de la durée moyenne de séjour des patients sur civière. Un plan d'action est demandé à cet établissement suite à la visite du comité ministériel de coordination sur le désencombrement des urgences en janvier 2013.			

Comité sur les urgences 24/7

La région compte huit services d'urgence opérant en 24heures/7 jours. Trois de ces centres font partie des points de service des CSSS (Paspébiac, Murdochville et Grande-Vallée) et répondent à la classification urgence 2B pour Paspébiac et urgence 2C pour les deux autres sites selon le Guide de gestion des urgences 2005.

Les services préhospitaliers d'urgence ont augmenté l'offre de service de façon très importante depuis quelques années (combitube, administration de médicaments, oxylator, ecg à domicile, etc.). La pertinence de maintenir ces sites selon un mode d'opération 24/7 a été questionnée. Dans le but d'amorcer une réflexion, un comité de travail composé de certains membres de l'Agence et de différents représentants des CSSS concernés a été formé et a procédé à l'analyse des différentes données disponibles. Un document de travail a été produit et remis à la Présidence-direction générale.

Par ailleurs dans le cadre de la réflexion provinciale sur les petites urgences, le directeur régional des affaires médicales, Dr Claude Mercier, a participé aux travaux du comité provincial qui a déposé son rapport au MSSS au printemps 2013.

Dossier des groupes de médecine familiale (GMF)

Fiche de reddition de comptes 2012-2013				
Axe d'intervention	**Services médicaux et infirmiers**			
Objectif de résultat	**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 (IPS) en soins de première ligne			
Indicateur		***Résultat 2011-2012***	***Engagement 2012-2013***	***Résultat 2012-2013***
1.09.25	Nombre total de groupes de médecine de famille (GMF) implantés	3	4	4
3.07	Nombre d'infirmières spécialisées (IPS) en soins de première ligne titularisées et offrant des services de première ligne	4	6	3
Commentaire				
Le 4e GMF du Rocher-Percé est accrédité. Pour 2013-2014, nous prévoyons terminer avec le GMF de la Baie-des-Chaleurs.				

En Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, il y a eu accompagnement en vue de la création du 5e GMF, soit un par CSSS. Le développement des GMF favorisera un meilleur accès à un médecin de famille et améliorera la qualité des soins médicaux généraux en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine.

De façon générale, les objectifs principaux sont :

- D'étendre les heures d'accessibilité à un médecin de famille;
- De rendre les médecins de famille plus disponibles à la prise en charge de nouveaux patients grâce au travail de groupe et au partage des activités avec les infirmières au sein d'un GMF;
- D'améliorer le suivi médical des patients et la continuité des services en renforçant le lien avec les autres professionnels du réseau de la santé et des services sociaux, notamment des CSSS;
- D'améliorer la prise en charge à domicile.

Portrait actuel

Accrédité en 2010, le GMF des Îles est actuellement en processus du 1er renouvellement de sa convention. Maintenant régi par les règles du nouveau cadre de gestion sur les GMF, le maintien de son financement est conditionnel à l'atteinte du seuil prévu de 12 000 inscriptions au 31 mars 2014.

Accrédité en 2007, le GMF du Grand-Gaspé a complété le processus du 2e renouvellement en 2013. L'ajout d'un nouveau site, la clinique Centre-Ville, permet le maintien du financement selon le seuil de 12 000 inscriptions, tel que décrit dans la convention du GMF.

Accrédité en 2003, le GMF de La Haute-Gaspésie a complété le processus de son 3e renouvellement en 2012 (9 000 inscriptions). L'offre de service du GMF sur le territoire s'est grandement améliorée. Fait intéressant, en date d'aujourd'hui, sur 1 955 patients orphelins inscrits, 1 908 ont été confiés à un médecin de famille.

Le GMF du Rocher-Percé a été accrédité en 2011 (9 000 inscriptions) et son renouvellement est prévu en 2014. Le GMF de la Baie-des-Chaleurs sera accrédité en avril 2013 (9 000 inscriptions). Vingt médecins sont répartis sur onze sites distincts. Le territoire couvert est le même que celui couvert par le CSSS de la Baie-des-Chaleurs. Les différentes étapes de mise en place sont en cours avec les responsables du GMF.

Dans une région aussi vaste que la nôtre, le maintien de l'offre de service des GMF demeure tributaire de plusieurs facteurs particuliers, entre autres, la stabilité des effectifs. Toutefois, en cohérence avec le développement et le soutien de nos GMF, notre plan marketing de recrutement prévoit de porter une attention particulière à la rétention de nos médecins.

Enfin, en regard du dossier médical électronique (DME), le Département régional de médecine générale a formé un comité d'orientation DME et confié le mandat suivant : en s'appuyant sur leurs connaissances, sur l'expertise existante dans la région, sur les résultats des travaux réalisés par d'autres régions ainsi que sur d'autres travaux reconnus pertinents, le comité d'orientation DME recommandera, à l'Agence, une solution DME homologuée à soutenir régionalement. Quatre solutions potentielles sont à l'essai. L'échéancier d'un rapport préliminaire est fixé au 1er juin 2013.

Région	Inscriptions en GMF	Inscriptions générales	Total	Population totale 2012	% de la population inscrite
11	30 234	31 836	62 070	94 473	65,7 %

Statut des inscriptions GMF en date du 1er janvier 2013							
Région	**Catégorie**	**Établissement**	**Date d'adhésion**	**Somme de médecins partenaires**	**Somme de personnes inscrites**	**Somme de personnes inscrites et vulnérables**	**Ratio vulnérable**
11 Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	GMF	GMF des Îles	2010-01-10	17	7 353	3 971	54,01 %
		GMF Grand-Gaspé**	2007-02-19	24	8 424	4 606	54,68 %
		GMF Haute-Gaspésie	2003-04-07	7	6 457	2 664	41,26 %
		GMF Rocher-Percé	2011-03-31	15	7 473	4 224	56,52 %
		GMF Baie-des-Chaleurs*	2013-03-27	20			
Total région 11				63	29 707	15 465	52,06 %
Total provincial				3 933	3 108 368	1 193 532	38,40 %

** Il est à noter que les données reliées à l'ajout de cinq médecins à la clinique Centre-Ville ne sont pas inscrites au tableau.

* Les données du GMF Baie-des-Chaleurs ne sont pas disponibles à ce jour.

État de situation des guichets pour la clientèle sans médecin de famille

CSSS	Patients inscrits au guichet, en attente d'un médecin de famille au 1er avril 2012	Nombre de patients référés à un médecin de famille en 2012-2013	Patients inscrits au guichet, en attente d'un médecin de famille au 31 mars 2013
Baie-des-Chaleurs	1 258	2 195	526
Rocher-Percé	835	992	780
Côte-de-Gaspé	1 032	2 563	271
Haute-Gaspésie	14	870	6
Îles	1 534	725	307

Effectifs médicaux région Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine

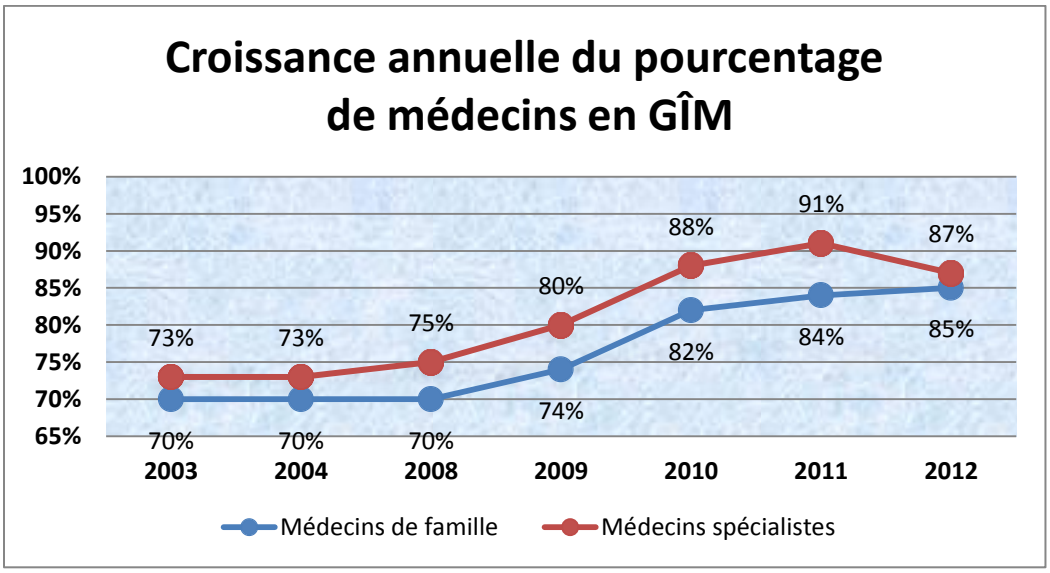
En 2005, des ressources financières significatives ont été dirigées, soit comme incitatif individuel sous forme de primes ou bourses, soit dans la modernisation des outils et des stratégies relatives à l'attraction et à la rétention des médecins dans notre région.

Le développement régional d'outils spécifiques promotionnels de communication s'est avéré opportun et novateur avec la création et la diffusion d'une « signature régionale » de la revue L'Antidote, magazine médical spécialisé de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, de ses produits dérivés, ainsi que du site Internet www.antidote-gim.qc.ca.

Pour l'approche qualité, l'Agence a régionalisé et uniformisé les activités de recrutement et de rétention en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, a offert des formations et a développé, avec les CSSS, un plan stratégique de recrutement en 2013-2014. Une étude exhaustive sur les conditions et les stratégies relatives au maintien de la main-d'œuvre médicale sera réalisée auprès de nos médecins. Les informations recueillies permettront d'adapter nos stratégies de rétention pour ainsi favoriser la maximisation de nos taux d'atteinte en effectifs médicaux en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine (www.medecinabord.com).

La Direction régionale des affaires médicales et de santé physique effectue un suivi, en temps réel, du mouvement médical en médecine de famille, des activités médicales particulières réalisées pour chaque individu sur son territoire, du taux d'atteinte des effectifs et des effets potentiels reliés à ces mouvements. Cet exercice permet de maintenir le Département régional de médecine générale informé de la situation exacte en tout temps et de répondre rapidement lors des demandes d'installations de nouveaux médecins.

En regard des effectifs spécialisés, à la suite de l'exercice de mi-mandat 2011-2015, s'amorceront les discussions sur les perspectives de développement de 2016-2020.



Situation des effectifs médicaux en omnipratique et spécialité

CSSS	Résultat de recrutement connu au 1er décembre 2011	À venir 2012 PREM autorisé (complet)	À venir en 2013-2014	Départs	Résultat de recrutement connu au 1er décembre 2012	Besoins identifiés (ETP médecins)	Pourcentage d'atteinte des effectifs médicaux en GIM au 30 novembre						
							2014	2013	2012	2011	2010	2009	2008
Îles-de-la-Madeleine	21	1	1	-2	21	22,1			95 %	95 %	95 %	86 %	82 %
Haute-Gaspésie	12	0	1	0	13	22,48			59 %	55 %	49 %	49 %	49 %
Côte-de-Gaspé	46	2	4	-5	47	54,99			85 %	84 %	84 %	80 %	69 %
Rocher-Percé	25	0	1	-3	23	31,16			74 %	81 %	77 %	77 %	71 %
Baie-des-Chaleurs	53	1	4	-3	55	56,38			98 %	95 %	92 %	73 %	76 %
Total GIM Omnipraticiens	**157**	**4**	**11**	**-13**	**159**	**187,11 GÎM 162,3 MSSS**			**85 %**	**84 %**	**82 %**	**74 %**	**70 %**
Total GIM Spécialistes	**88**	**3**		**-7**	**84**	**97**			**87 %**	**91 %**	**88 %**	**80 %**	**75 %**
Poste réseau obligatoire entente de service requise Neuro, rhumato, gériatrie						**5**							

Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine à la fin du PREM 2012

Mécanismes d'accès aux services spécialisés, chirurgie et imagerie médicale

Fiche de reddition de comptes 2012-2013	
Axe d'intervention	**Médecine et chirurgie**
Objectif de résultat	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	97,7	90 %	100
1.09.20.02	Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une arthroplastie totale du genou	95,1	90 %	96,5
1.09.20.03	Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie de la cataracte	84,1	90 %	98,5
1.09.20.04	Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie d'un jour	98,1	90 %	98
1.09.20.05	Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie avec hospitalisation	99	90 %	99,3
1.09.08A	Pourcentage des demandes de service réalisées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie Catégorie A			
1.09.08B	Pourcentage des demandes de service réalisées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie Catégorie B			
1.09.09A	Pourcentage des demandes de service réalisées à l'intérieur des délais établis en chirurgie cardiaque Catégorie A			
1.09.09B	Pourcentage des demandes de service réalisées à l'intérieur des délais établis en chirurgie cardiaque Catégorie B			
1.09.10A	Pourcentage des demandes de service réalisées à l'intérieur des délais établis en électrophysiologie Catégorie A			
1.09.10B	Pourcentage des demandes de service réalisées à l'intérieur des délais établis en électrophysiologie- Catégorie B			
1.09.07	Proportion de patients traités à l'intérieur d'un délai de 28 jours en radio-oncologie			
1.09.33	Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier)		70 %	79,2

Le système d'information sur les mécanismes d'accès aux services spécialisés est en place depuis plus de cinq ans, permettant le suivi des patients en attente d'une chirurgie élective. Les cibles ministérielles visent à ce que 90 % des personnes inscrites au mécanisme d'accès aient accès à leur chirurgie à l'intérieur d'un délai de six mois.

Des efforts sont continuellement investis par les responsables des établissements de la région dans le but d'une saine gestion des listes d'attente, permettant l'atteinte des cibles fixées pour tous les CSSS.

Il importe de souligner qu'un suivi étroit est en place pour les chirurgies oncologiques de telle sorte qu'à moins de conditions cliniques particulières, la chirurgie devrait être réalisée à l'intérieur d'un délai de 28 jours.

Dans le secteur de l'imagerie médicale, trois principaux segments du cheminement du patient et de ses résultats d'examen sont maintenant établis et mesurés. Il s'agit du temps pour avoir accès à un rendez-vous pour la réalisation de l'examen, du temps nécessaire pour la lecture de l'examen par le radiologiste et de celui requis pour la transcription/relecture et la transmission du rapport au médecin requérant. Les responsables des établissements de la région sont à développer et adopter des mesures permettant une saine gestion des listes d'attente et de revoir les processus de fonctionnement afin d'optimiser le rendement des départements d'imagerie médicale.

Traumatologie

Le projet régional d'organisation des services à l'intention des victimes d'un TCC léger en est à sa troisième année de fonctionnement. Pour une meilleure organisation de ce service, un partenariat entre l'Agence de la santé et des services sociaux de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, le Centre de réadaptation de la Gaspésie et le Centre de santé et de services sociaux de La Côte-de-Gaspé a été créé. Un corridor de services pour offrir la prise en charge des clients souffrants de TCC léger est établi avec les CSSS et les cliniques médicales de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine.

Les projections régionalisées du volume attendu de clientèle à ce programme se situent entre 93 et 284 clients annuel. En 2012-2013, 115 demandes ont été prises en charge. Le risque de présenter une persistance de symptômes à la suite d'un TCC léger est de 15 %. Cette clientèle doit être référée en neuropsychologie au Centre de réadaptation de la Gaspésie après l'évaluation par l'infirmière pivot du programme. Les cibles de référence et les délais prescrits de prise en charge sont respectés. Les efforts de diffusion de ce service auprès des médecins œuvrant en première ligne devront être maintenus.

Le comité régional de traumatologie s'est rencontré à quatre reprises en 2012-2013 et les enjeux concernant les corridors de services, l'adoption de protocoles cliniques et la qualité des soins ont été discutés.

Imagerie médicale

Des travaux sont en cours au MSSS concernant les services d'imagerie médicale. Ce dossier est intégré au mécanisme d'accès dont l'objectif est d'offrir un rendez-vous dans un délai de trois mois, de faire la lecture en moins de sept jours et de transmettre le résultat dans les sept jours suivant celle-ci. L'atteinte de ces cibles demeure un défi.Le PACS (Picture archiving and communications system) est en place dans tous les établissements et un administrateur régional gère les accès pour les médecins qui veulent soit faire des lectures d'examen ou utiliser les images dans le cadre de leur pratique.

Service de suppléance rénale

Le CSSS du Rocher-Percé a obtenu l'aval du MSSS afin de mettre en œuvre le plan local de déploiement des services hospitaliers de suppléance rénale. Le corridor de services est établi avec le CSSS Rimouski-Neigette. Le service, comptant quatre fauteuils, sera fonctionnel au cours de l'année 2013-2014, permettant d'accueillir des patients ayant besoin de dialyse rénale.

Service régional Info-Santé Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine 2012-2013

Depuis sa création en 1996, le service régional Info-Santé Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine était offert à partir de Murdochville. Le déménagement du service régional à Gaspé, en mai 2011, a été bénéfique et a permis au CSSS de La Côte-de-Gaspé de combler ses postes et de consolider un service de consultations téléphoniques de qualité en soins infirmiers. Le service régional Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine assure une réponse adéquate et est en mesure de participer à la mise en réseau des quinze services régionaux pour une amélioration continue du service à la clientèle.

Nombre d'appels répondus

Du 1er avril 2011 au 31 mars 2012 : 45 020 appels
Du 1er avril 2012 au 31 mars 2013 : 45 521 appels

Info-Santé Web

Il s'agit d'un outil informatique permettant une meilleure gestion de la clientèle vulnérable (en perte considérable d'autonomie et à risque de décompensation) entre les centres de santé et de services sociaux, les groupes de médecine de famille et les services Info-Santé et Info-Social. Info-Santé Web permet le partage et l'échange d'information entre les partenaires de notre région. Il rend possible l'accès conjoint et simultané à l'information clinique de la clientèle enregistrée, à l'échange d'information entre les partenaires et à la saisie de notes de suivi reliées à une intervention du service de garde infirmier ou médical. La continuité des services auprès de la clientèle enregistrée offre une circulation bidirectionnelle de l'information entre les organismes enregistreurs et les services Info-Santé et Info-Social.

L'enregistrement de clientèle pour la région Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine à Info-Santé Web est fonctionnel dans l'ensemble des CSSS, sauf pour la Baie-des-Chaleurs qui n'adhère pas au processus.

Répertoire des ressources

Le répertoire des ressources est une base de données commune à tout le réseau de la santé et des services sociaux. Les centrales Info-Santé consultent régulièrement le Répertoire des ressources afin d'orienter la clientèle vers la ressource appropriée dans son secteur et selon le service requis. La virtualisation des appels à Info-Santé et l'avènement du numéro unique 811 obligent la région à assurer une mise à jour complète et continue du Répertoire des ressources. Cette mise à jour permet la continuité des services offerts à la clientèle et est indispensable à la réponse provinciale. Les données doivent être fiables et exhaustives, d'autant qu'une partie de celles-ci est consultée par le grand public depuis mars 2012.

Télésoins (SCIAD)

L'implantation des télésoins sera complétée dans l'ensemble du réseau à l'automne. Ce projet vise à favoriser l'accès à des soins de santé pour l'ensemble de la population de la région et à permettre au réseau régional de la santé d'intensifier ses moyens de suivi clinique à domicile, par l'utilisation d'un outil de télésurveillance pour les personnes atteintes de maladies chroniques (ex.: diabète, certaines maladies pulmonaires et cardiovasculaires). Les infirmières et les techniciens en informatique sont formés. Une infirmière a également été mandatée pour apporter le support à l'ensemble des utilisateurs de la région.

Le personnel infirmier sera mieux outillé pour répondre de manière proactive aux besoins liés à la prise en charge des maladies chroniques avec le suivi par télésoins.

Les suivis et le nombre d'interventions se faisant à distance augmenteront l'efficacité des services offerts par les soins infirmiers. Ce sera le cas cet automne dans les GMF de la région.

Lutte contre le cancer

La Direction québécoise de cancérologie a déposé son Plan directeur en cancérologie nous amenant à revoir la structure régionale de coordination. Considérant l'importance des liens développés avec le CSSS Rimouski-Neigette dans l'offre de service en oncologie pour la population de la région de la Gaspésie, les représentants de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas St-Laurent sont à créer un réseau interrégional conforme au plan directeur.

Télésanté

Les services de télésanté se développent de plus en plus dans notre région; les établissements ont tous reçu des équipements de télépathologie, des chariots de visioconférence ainsi que du matériel pour faire de la téléophtalmologie au CSSS des Îles. On constate que les projets qui ont bien réussi sont ceux pour lesquels l'établissement s'était donné une structure de gestion ou de suivi de projets, comme c'est le cas au Centre de réadaptation de la Gaspésie et au CSSS des Îles.

Cependant, il reste beaucoup à faire pour le développement de projets. Les dernières statistiques révèlent que les équipements déjà installés dans les établissements sont encore sous-utilisés pour différentes raisons, dont l'accès à l'équipement et le volume d'activités cliniques de l'établissement.

La formation du personnel clinique est également importante afin que le spécialiste puisse avoir l'assurance que le service se donne selon les standards techniques et cliniques reconnus.

Services préhospitaliers d'urgence

Réorganisation des services préhospitaliers d'urgence en Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine

C'est en avril 2012, à la suite d'une démarche de consultation auprès des partenaires, que le nouveau déploiement est entré en fonction sur le territoire gaspésien et madelinot. Depuis, des véhicules ambulanciers opérant sur des horaires à l'heure sont présents dans les secteurs de Sainte-Anne-des-Monts (70 heures/semaine), Gaspé, Chandler, Paspébiac, New Richmond, Carleton et Cap-aux-Meules. En s'appuyant sur les résultats positifs obtenus lors du projet pilote (octobre 2008 à avril 2012), ce redéploiement optimise la disponibilité des ressources ambulancières dans la région afin d'assurer une prestation de services équitable à l'ensemble de la population.

En comparant les délais d'intervention, on constate rapidement que la disparité qui existait en 2011, entre les zones où étaient concentrés les horaires à l'heure et celles où l'on retrouvait seulement des horaires de faction, s'est estompée après la réorganisation de 2012.

Contrats avec les entreprises ambulancières

En juin 2012, l'Agence a procédé à la signature des contrats de service 2012-2015 avec les entreprises ambulancières de la région, soit Ambulance Leblanc, Groupe Radisson, Les Services ambulanciers Porlier, Service ambulancier de la Baie, Service Ambulance Percé et Service Secours Baie-des-Chaleurs. Des rencontres ont, par la suite, eu lieu dans le but de préciser certaines modalités du contrat et de s'assurer d'une compréhension commune de son application. À noter que le contrat est négocié à l'échelle provinciale entre les associations représentant les entreprises ambulancières et la Direction des services préhospitaliers d'urgence du MSSS.

Le nouveau contrat s'inscrit dans le cadre d'une démarche globale appelée à évoluer au cours des prochaines années en conformité avec la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence (L.R.Q., c. S-6.2) qui vise à ce que soit apportée, en tout temps, aux personnes faisant appel à des services préhospitaliers d'urgence, une réponse appropriée, efficiente et de qualité ayant pour but la réduction de la mortalité et de la morbidité à l'égard des personnes en détresse.

Transports interétablissements longue distance

Dans un contexte d'optimisation de l'offre de service, une démarche de consultation a été entreprise auprès des établissements de santé et des entreprises ambulancières. Sous la direction du Centre de communication santé (CAUREQ), l'objectif de la démarche consistait à dresser un état de situation concernant les transports interétablissements de longue distance afin de proposer des pistes de solution visant à augmenter la disponibilité des ressources ambulancières pour répondre aux urgences tout en améliorant l'efficience du système.

Les échanges entre les membres du comité de travail ont rapidement permis de constater que l'utilisation des ambulances pour les transferts de patients sur une longue distance (300 kilomètres et plus) n'était pas à privilégier. Comme suite aux problématiques soulevées de part et d'autre (inconvénients pour le patient, utilisation des escortes cliniques, temps d'éveil des techniciens ambulanciers, coûts élevés, etc.), une première mesure a été mise en place en janvier 2013 de façon à favoriser l'utilisation du transport aérien gouvernemental lorsqu'un transfert à destination de Québec est requis.

Politique de déplacement des usagers – Transport par ambulance

La mise à jour de la Politique régionale de déplacement des usagers effectuée en 2011-2012 a amené quelques changements visant à harmoniser les paramètres d'application à ceux de la politique provinciale. Dans un souci d'utilisation adéquate des ressources, l'Agence a sollicité la collaboration des établissements afin que les transports, qui ne sont pas requis, soient facturés aux usagers âgés de 65 ans et plus.

Assurance de la qualité en SPU et formation

L'équipe de réviseurs, composée de trois techniciens ambulanciers/paramédics et du directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence, a poursuivi ses activités dans le cadre du Programme d'amélioration continue de la qualité. Ainsi, les actes posés par les techniciens ambulanciers/paramédics de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine font l'objet d'une révision dont l'information est compilée dans le progiciel d'assurance qualité. Le processus permet d'une part de fournir un portrait global du système afin d'orienter les actions à prendre pour améliorer la qualité des services rendus à la population et d'autre part, d'apporter un suivi individuel aux techniciens ambulanciers/paramédics dans le cadre de leur pratique clinique. L'Agence, en concertation avec le MSSS, utilise les résultats d'analyse pour mettre en place les formations et les mises à jour des techniciens ambulanciers/paramédics.

L'ensemble des dossiers révisés en 2012-2013 démontre un taux de conformité de 70 %. Toutefois, considérant les actions mises en place à la fin de l'année 2012-2013 permettant un suivi en temps réel auprès des techniciens ambulanciers/paramédics, le taux de conformité devrait s'améliorer au cours de la prochaine année.

Une journée de formation obligatoire a été offerte aux techniciens ambulanciers/paramédics, sur la dyspnée sévère.

Service des premiers répondants

Dans la région de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, un premier répondant, sur affectation exclusive du CAUREQ, fournit à une personne les premiers soins de stabilisation requis conformément aux protocoles d'intervention clinique élaborés à cette fin par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Agissant en complémentarité du technicien ambulancier/paramédic, le premier répondant applique les protocoles visant la prévention de la détérioration de l'état de la personne en détresse et transfère au technicien ambulancier/paramédic la responsabilité des interventions à son arrivée sur les lieux.

En raison de l'isolement géographique aux Îles-de-la-Madeleine limitant l'accès aux services d'ambulance, l'Agence a, dans le plan triennal d'organisation des services préhospitaliers d'urgence, prévu confier à un service de premiers répondants des fonctions supplémentaires à celles prévues par la présente loi. En effet, des infirmières dispensent des soins préhospitaliers avancés aux usagers en attente de l'arrivée de l'ambulance (combitube, monitoring cardiaque et défibrillation, pharmaco-intervention, réanimation à l'aide d'un oxylator). La formation requise et l'adoption d'ordonnances collectives ont contribué à la réalisation de ce modèle.

Partout ailleurs, depuis plus de 15 ans, les premiers répondants assurent, dans plusieurs municipalités de notre région, par leur proximité à la population, une réponse rapide et efficiente pour des situations d'urgence vitale en attendant l'arrivée des techniciens ambulanciers/paramédics.

Depuis quelques années, nous observons une stabilisation du nombre d'équipes de premiers répondants en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine malgré une analyse démontrant un besoin de développement continu à ce niveau. Le tableau suivant dresse la liste des municipalités qui ont choisi de collaborer dans la mise en place des premiers répondants et le nombre d'intervenants par équipe.

Service de PR		N° réf. de la municipalité	Nombre de premiers répondants	Municipalité	Secteur	Sous-secteur
Code	Municipalité					
1	2	3	4	6	7	8
00400	Barachois	37-221	5	Percé	Barachois	
02028	Chandler	37-224	11			
07681	Port-Daniel	37-226	8			
05025	Hope–Saint-Jogues	37-230	4	Hope	Saint-Jogues	
05050	Saint-Elzéar	37-231	2			
05045	Bonaventure	37-232	4			
05077	Cascapédia–Saint-Jules	37-077	7			
06045	Matapédia	37-244	5			
06040	Saint-André-de-Restigouche	37-243	1			
06050	Saint-Alexis-de-Matapédia	37-245	2			
06055	Saint-François-d'Assise	37-246	7			
06060	L'Ascension-de-Patapédia	37-248	9			
06025	Escuminac	37-242	4			Pointe-à-la-Garde
10446	Saint-Georges-de-Malbaie	37-220	4	Percé	Saint-Georges-de-Malbaie	
04030	La Martre	37-200	5			Cap-au-Renard
03010	Cloridorme	37-211	5			Pointe-à-la-Frégate, Saint-Yvon
05060	Caplan	37-235	4			
03025	Murdochville	37-210	10			
02040	Newport	37-225	12	Chandler	Newport	
04015	Mont-Saint-Pierre	37-201	6			
04005	Sainte-Madeleine	37-204	3			Manche-d'Épée, Rivière-Madeleine
05065	Saint-Alphonse	37-233	5			
03232	Gros-Morne	37-203	10	Mont-Louis	Gros-Morne	
00469	Bassin	37-262	6	Cap-aux-Meules	Bassin	
03330	Havre-Aubert	37-262	6	Cap-aux-Meules	Havre-Aubert	
03236	Grosse-Île	37-260	12	Cap-aux-Meules	Grosse-Île	Grande-Entrée
03492	Île d'Entrée	37-264	5	Cap-aux-Meules	Île d'Entrée	
06020	Nouvelle	37-241	4			Nouvelle Ouest, Village Allard, Miguasha
02458	Douglastown	37-213	9	Gaspé		Haldimand, l'Anse-à-Brillant
04010	Mont-Louis	37-202	8			L'Anse-Pleureuse
03331	Havre-aux-Maisons	37-261	6	Cap-aux-Meules	Havre-aux-Maisons	
00896	Bridgeville	37-222	6	Percé	Bridgeville	
05055	Saint-Siméon	37-234	7			
01023	Cap-aux-Meules	37-264	28			Fatima, Lavernière, Étang-du-Nord
02010	Sainte-Thérèse-de-Gaspé	37-223	4			
06013	Saint-Omer	37-240	6	Carleton	Saint-Omer	
11242	Saint-Majorique	37-212	5	Gaspé	Saint-Majorique	Pointe-Navarre, Cap-aux-Os, Cortéréal, Penouille, Montée Morris, Rosebridge
	Infirmières PR	37-264	3	Cap-aux-Meules	Île d'Entrée	
	Infirmières PR	37-260	8	Cap-aux-Meules	Grosse-Île	Grande-Entrée
			256 PR GÎM			
			39 équipes			

Sécurité civile - Mission santé et pandémie

Un nouvel échéancier de tournée d'information dans les établissements et les organismes du réseau devra être établi dans la prochaine année. Pour cette tournée, le réseau de la santé sera accompagné par l'Organisation régionale de sécurité civile (ORSC). Plusieurs types d'événements sur le territoire viennent solliciter la santé. L'objectif est de bien faire comprendre le rôle et la responsabilité de la mission santé **comme partenaire** dans la communauté, et ce, en cohérence avec le Plan national de sécurité civile (PNSC). Une présentation conjointe est en chantier.

En mars 2013, le comité de planification et d'intervention de l'Agence a été invité à la consultation du Plan ministériel de sécurité civile. Aux termes de ces travaux par le MSSS, nous devrions revoir le plan opérationnel de l'Agence incluant la nouvelle version de la mission santé adoptée le 13 mars 2012, ainsi que les éléments nouveaux du plan ministériel.

Le comité de l'Agence continue le travail de mise à jour du plan régional de pandémie. Basé sur le document de 2006 et l'expérience régionale de 2009-2010, l'objectif est de produire une version plus opérationnelle du document. L'échéancier a été revu et est prévu en mars 2014.

Enfin, un support électronique, adapté pour les différents services de garde ou de veille en sécurité civile « Idside - valise de garde », a été déployé sur le territoire Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et les formations ont été complétées avant la fin décembre 2012. Rappelons que l'avantage principal de cet outil est de donner une alternative à la valise « papier » que nous avons peine à tenir à jour. Les centres de santé et de services sociaux sont à compléter le contenu de leur valise avec le support du fournisseur.

SANTÉ PUBLIQUE

Le Programme de santé publique

Fiche de reddition de comptes 2012-2013			
Axe d'intervention :	**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***
1.01.20 Pourcentage des activités du PNSP implantées		N/D	80%	77,8 %
1.01.21 Pourcentage des pratiques cliniques préventives prioritaires ayant fait l'objet d'activités de soutien		N/D	65%	66,7%

Commentaires

1.01.20 Pourcentage des activités du PNSP implantées
En 2008-2009 72,4 % des activités du PNSP étaient implantées dans notre région, et ce pourcentage s'élevait à 77,7 % en 2010-2011. Les résultats obtenus en 2012-2013 (77,8 %) dénotent une stabilité du pourcentage des activités de santé publique implantées. Étant donné qu'il n'y a pas eu de développement budgétaire significatif pour soutenir le programme de santé publique depuis quelques années, ce résultat n'a rien d'étonnant et le maintien du pourcentage reflète une détermination tangible des intervenants régionaux et locaux de santé publique, dans un contexte budgétaire sous très forte pression.

1.01.21 Pourcentage des pratiques cliniques préventives prioritaires ayant fait l'objet d'activités de soutien
Les résultats au regard de cet indicateur dénotent une progression notable par rapport à l'année 2010-2011 (66,7 % vs 50 % en 2010-2011). L'engagement de 65 % est atteint. Cependant il faut mentionner la difficulté à rejoindre les praticiens médicaux de première ligne, étant donné leur faible disponibilité pour prendre part à des activités de soutien. Ceci fait en sorte que les infirmières demeurent les praticiennes les plus souvent ciblées par les activités de soutien aux PCP.

Fiche de reddition de comptes 2012-2013	
Axe	**L'action en amont des problèmes et la réduction des inégalités de santé et bien-être**
Objectif de résultat 2010-2015	Supporter les CSSS dans leur démarche de mise à jour des PAL en tenant compte du PNSP (mise à jour 2008) et du PAR GIM 2009-2012.
Indicateur	**Résultats 2012-2013**
Nombre de PAL mis à jour	5
Commentaire	
Le 1er avril 2013, tous les plans locaux de santé publique ont été adoptés le C. A. des CSSS concernés et déposés à la Direction de santé publique.	

Activités de santé publique réalisées en 2012-2013 : Grands domaines d'intervention du Programme national de santé publique 2003-2012

À l'instar du Programme national de santé publique et du Plan régional de santé publique 2009-2012, les grands domaines d'intervention à l'intérieur desquels sont décrites les activités de santé publique réalisées en 2012-2013 sont les suivants :

1. Le développement, l'adaptation et l'intégration sociale.
2. Les habitudes de vie et les maladies chroniques.
3. Les traumatismes non intentionnels.
4. Les maladies infectieuses.
5. La santé environnementale.
6. La santé au travail.

Dans ce qui suit seront présentés les programmes retenus ainsi que les actions réalisées en 2012-2013 par la Direction de santé publique (DSP) de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, en lien avec chacun des domaines d'intervention ci-dessus énumérés.

DOMAINE 1
LE DÉVELOPPEMENT, L'ADAPTATION ET L'INTÉGRATION SOCIALE

Périnatalité et petite enfance

Fiche de reddition de comptes 2012-2013			
Indicateur	***Résultat 2011-2012***	***Engagement 2012-2013***	***Résultat 2012-2013***
1.01.12 Augmentation des femmes ayant accouché dans l'année de référence et suivies dans les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance	67,9	70	62,8
1.01.14 Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1re dose de vaccins contre DCaT-Polio-Hib dans les délais	94,7	85	89,7
1.01.15 Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1re dose de vaccins contre le méningocoque de sérogroupe C dans les délais	87,2	85	83,5
1.01.16.01 Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1re dose de vaccins contre la rougeole, la rubéole et les oreillons (RRO) dans les délais	83,3	85	82,8
Commentaire			
1.01.12 : Le calcul de l'indicateur est basé sur des estimations d'accouchement, ce qui le rend imprécis. Si l'on substitue à cette estimation un dénombrement de la clientèle admissible basé sur les avis de naissance reçus, on se rend compte que quatre des cinq CSSS obtiennent un taux de suivi SIPPE supérieur aux résultats de l'indicateur. Ainsi, entre la P1 et la P13 pour l'ensemble de la région 11, on enregistre 49 suivis pour 50 avis de naissance reçus correspondant à la clientèle SIPPE (compilation provisoire 7 mai 2013). Ceci tend à indiquer que la région respecte son engagement.			
1.01.14 : Les cinq CSSS de la région ont dépassé le seuil établi à 85 % pour l'administration de la première dose du vaccin DCaT-Polio-Hib aux enfants dans les délais fixés. Les résultats des cibles varient de 85,7 % à 96 %.			
1.01.15 : Deux des cinq CSSS de la région ont atteint le seuil établi à 85 % pour l'administration du vaccin contre le méningocoque de sérogroupe C dans les délais fixés en obtenant des résultats supérieurs à 90 %. Trois CSSS n'ont pas atteint cette cible avec des résultats de 80,4 %, 78,6 % et 72,1 %.			
1.01.16.01 : Trois des cinq CSSS de la région n'ont pas atteint le seuil établi à 85 % pour l'administration du vaccin contre la rougeole, la rubéole et les oreillons dans les délais fixés. Les trois CSSS qui n'ont pas atteint le seuil établi obtiennent des résultats de 79,8 %, 77,6 % et 73,2 %. Pour ceux qui ont atteint le seuil établi, les résultats sont supérieurs à 90 %.			

Services intégrés de promotion et de prévention en périnatalité et petite enfance (0-5 ans) pour les femmes enceintes, les mères, les pères et les enfants

Les services intégrés de promotion et de prévention en périnatalité et petite enfance (SIPPE) s'adressent aux femmes enceintes, aux mères, aux pères et aux enfants vivant en contexte de vulnérabilité. Ils visent à maximiser le potentiel de santé et de bien-être de cette clientèle en renforçant le pouvoir d'agir des familles et des communautés dans toutes les sphères de la vie. Au cours de la dernière année, devant la demande de certains CSSS de recevoir de nouveau la formation de base SIPPE, un outil de formation continue développé par la DSP de Montréal a été commandé et diffusé. Cet outil a permis de soutenir certaines activités d'autoformation à l'interne des CSSS. De plus, une rencontre annuelle des intervenantes SIPPE s'est tenue à Gaspé, le 16 mai 2012. La journée de rencontre comportait une demi-journée d'échanges et une demi-journée de formation. Cette formation s'intitulait Les parents et le développement de leur enfant — Accompagnement et pistes d'action. La conférencière à cette journée était M^{me} Francine Ferland, ergothérapeute et professeure émérite à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal. Conférencière de renom, elle est l'auteure de nombreux ouvrages portant sur le jeu, ainsi que sur les différentes facettes du développement de l'enfant et de la vie familiale.

Finalement, des travaux sont en cours en collaboration avec la Direction des services sociaux et communautaires de l'Agence sur l'articulation des SIPPE et du nouveau Programme d'intervention en négligence ainsi que sur le continuum de services en petite enfance.

Soutien à l'allaitement maternel

Un financement non récurrent totalisant 30 000 $ pour la région a été octroyé aux CSSS pour que ceux-ci poursuivent l'implantation de l'Initiative amis des bébés (IAB). À l'exception du CSSS de la Baie-des-Chaleurs qui dessert deux MRC et qui a reçu un montant non récurrent de 10 000 $, chaque CSSS a obtenu en 2012-2013 la somme de 5 000 $. Rappelons que l'IAB a été créée par l'UNICEF et l'OMS dans le but de transformer les méthodes pratiquées en allaitement dans les centres hospitaliers. Les femmes qui bénéficient de ce service reçoivent de l'aide et de l'information afin de bien commencer l'allaitement de leur nouveau-né.

Par ailleurs, la DSP a aussi offert un soutien financier pour faciliter la participation à la formation préparatoire à l'examen de certification IBCLC (International Board of Certified Lactation Consultant) organisée à l'automne 2012 par le CSSS du Rocher-Percé. Cette formation est dispensée en trois parties d'une semaine de formation auxquelles s'ajoute un quota d'heures de pratique. Les CSSS ayant choisi d'y déléguer des intervenantes (au total six infirmières de la région) se sont vu octroyer un financement de 1 250 $ non récurrent à chacune pour les aider à couvrir certains des frais encourus.

Distribution du Mieux vivre avec son enfant

Le guide Mieux vivre avec son enfant est un guide d'accompagnement pour les futurs et nouveaux parents. Il contient des informations pratiques couvrant la période prénatale jusqu'à l'âge de deux ans. Il est produit par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et est révisé fréquemment de manière à offrir aux parents l'information la plus à jour au plan scientifique. Dans la région, le guide est distribué à la clientèle ciblée par les CSSS, généralement et préférablement en période prénatale. En 2012-2013, 1 005 exemplaires ont été commandés à l'INSPQ pour assurer la distribution auprès de la clientèle francophone et anglophone et 195 exemplaires ont été distribués par les CSSS et la DSP auprès des intervenants et professionnels de périnatalité concernés.

Politique de périnatalité 2008-2018

En adoptant en 2008 sa nouvelle Politique de périnatalité, le MSSS entendait améliorer l'accès aux services de périnatalité et en garantir la continuité durant toute la période périnatale. Ces services doivent être adaptés pour mieux répondre à la diversité des besoins d'aujourd'hui, dans une optique privilégiant la qualité et l'efficience, toujours dans le respect de l'autonomie de la femme et des parents, et dans le respect de leurs choix. Le champ couvert par la politique est la période périnatale qui s'étend du moment de la prise de décision d'avoir un enfant ou, dans certaines circonstances, du moment de la conception, jusqu'à ce que l'enfant atteigne l'âge de un an. Au cours de 2012-2013, l'Agence a élaboré le plan de mise en œuvre régional de cette politique nationale et a amorcé le processus de consultation à cet égard auprès des CSSS de la région.

Renforcement de l'action communautaire contribuant au mieux-être et au développement des enfants et de leur famille

Le Programme d'aide à l'action concertée (PAAC) vise à soutenir la concertation pour offrir des services de prévention aux jeunes vulnérables et à leur famille. Les allocations octroyées aux organismes communautaires en 2012-2013 totalisent 89 905 $. Le PAAC permet ainsi de soutenir certaines des activités de Carrefour-Ressources, Family Ties Carrefour famille New Carlisle, Halte-Parents de la Vallée, Parenfant de Gaspé et Partagence qui sont tous des organismes offrant principalement des activités de développement des capacités parentales, de soutien parental et de stimulation infantile. De plus, ces allocations permettent à l'Alliance des maisons d'aide et d'hébergement de la Gaspésie de poursuivre l'implantation des Sessions d'ateliers interactifs de sensibilisation, d'information et de réflexion (SAISIR). Rappelons que SAISIR est un programme de prévention de la violence dans les relations amoureuses auprès des élèves du troisième secondaire.

Prévention du suicide

Prévention du suicide en milieu scolaire

La DSP a poursuivi son soutien à l'équipe-école de l'école Gabriel-Le Courtois de Sainte-Anne-des-Monts à la suite du décès par suicide d'une adolescente fréquentant cette institution en novembre 2011. Il a fallu entre autres assurer la disponibilité des services au cours des vacances scolaires de l'été 2012 et planifier la rentrée de l'automne 2012, en vue d'un retour à la normale de la vie des élèves et du personnel. Des travaux ont aussi été menés en collaboration avec la Commission scolaire des Chic-Chocs, l'école Gabriel-Le Courtois et avec le concours d'une firme spécialisée en communication de crise pour préparer, du point de vue médiatique, le premier anniversaire de ce triste événement et pour assurer le soutien requis aux personnes directement touchées.

Toujours dans le contexte du décès par suicide d'une adolescente de Sainte-Anne-des-Monts en novembre 2011, la DSP a produit en 2012-2013 un portrait et une analyse du traitement accordé à cet événement par les médias nationaux. L'analyse a tenu compte de certains critères reconnus pour baliser les communications auprès des médias en pareille circonstance (notamment consignés dans une fiche thématique sur le suicide destinée aux médias). L'objectif de ce portrait était d'éclairer les intervenants de la santé publique en regard de leurs préoccupations concernant la couverture médiatique de cet événement : effet de contagion et d'imitation, augmentation de la détresse des personnes fragilisées et perte d'espoir collectif. Cette analyse a fait l'objet d'une présentation auprès des journalistes de la région lors d'une rencontre tenue le 5 février 2013 et dont l'objectif était de discuter des enjeux reliés à la couverture médiatique à la suite d'un suicide, à la fois pour les médias et pour la prévention du suicide.

Finalement, au cours de 2012-2013, la DSP a procédé au bilan des interventions de postvention réalisées dans le contexte de ce même décès par suicide. Les résultats de ce bilan seront exposés dans un document qui sera publié plus tard en 2013.

Implantation des réseaux de sentinelles

L'implantation des réseaux de sentinelles est une mesure de prévention du suicide du Programme national de santé publique. Ces réseaux de sentinelles ont comme objectifs d'identifier et de former des sentinelles (adultes) dans un milieu donné ou auprès d'un groupe identifié comme étant vulnérable au regard de la problématique du suicide, afin de repérer les personnes suicidaires (jeunes ou adultes) dans leur milieu de vie et de les accompagner vers les services d'aide. Dans ce contexte, la DSP a poursuivi son soutien à la démarche d'implantation des réseaux de sentinelles, notamment par de l'accompagnement auprès des intervenants ou des organismes ciblés. Des outils ont été développés pour aider les intervenantes des CSSS qui offrent un accompagnement auprès des sentinelles.

Une rencontre régionale avec les chefs d'administration de programmes et les intervenants désignés des CSSS a été tenue au cours de l'année afin de dégager les constats sur l'avancement de l'implantation des réseaux de sentinelles dans les territoires locaux.

Implantation des Guides de bonnes pratiques en prévention du suicide

Au cours de l'année 2010, le MSSS, le Centre de santé et de services sociaux - Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS IUGS), Suicide-Action Montréal (SAM) et l'Association québécoise de prévention du suicide (AQPS) ont uni leurs efforts pour améliorer les pratiques en prévention du suicide dans les réseaux locaux de services (RLS) du Québec. Ceci a donné lieu à la production des guides de bonnes pratiques en prévention du suicide. Ces guides proposent une démarche d'accompagnement aux CSSS et à leurs partenaires des RLS, laquelle consiste en : 1) une planification avec les partenaires locaux; 2) de nouvelles balises de pratique; 3) une nouvelle offre de formation; 4) un nouvel outil plus sensible pour estimer l'état de la personne suicidaire; 5) une approche d'intervention mieux structurée et axée sur les solutions.

Deux guides ont été produits. Un guide destiné aux gestionnaires des CSSS et à leurs partenaires, lequel mise sur une collaboration et une responsabilité partagée en matière de suicide sur chaque RLS. Les CSSS, les organismes communautaires, les médecins, les urgences hospitalières, les établissements de réadaptation et les partenaires intersectoriels doivent agir de concert pour mieux intervenir auprès de la personne suicidaire. Un guide clinique destiné aux intervenants des CSSS et à leurs partenaires a aussi été élaboré. Basé sur une approche orientée vers les solutions, il précise les étapes d'une intervention optimale auprès des personnes vulnérables au suicide.

Au cours de 2012-2013, la DSP a poursuivi la démarche d'accompagnement des CSSS dans l'implantation de ces guides. Les principales étapes suivies ont été :

- l'animation des rencontres locales par la DSP dans le but de faire le diagnostic des services en prévention du suicide pour chaque RLS;
- la rédaction par la DSP du portrait diagnostic des services en prévention du suicide pour chaque RLS;
- l'animation par la DSP des rencontres locales visant à élaborer le plan d'action du RLS en matière de prévention du suicide;
- la rédaction par la DSP d'un plan d'action local pour chaque RLS, lequel précise les mesures à implanter ou à consolider, les objectifs, les responsabilités et les échéanciers;
- la validation du plan d'action local par le CSSS et les partenaires ciblés du RLS.

Intervention téléphonique 24/7 de crise suicidaire

Les services d'intervention téléphonique 24/7 de crise suicidaire font partie de la gamme essentielle des services en matière de prévention du suicide et ont été ciblés comme constituant une priorité par le MSSS. Ces services permettent à toute personne traversant une crise suicidaire, à l'entourage et aux endeuillés par suicide, de recevoir, rapidement et en tout temps, une aide spécialisée en vue de prévenir le suicide. De façon plus spécifique, ces services spécialisés désamorcent les situations de crise suicidaire et aident à éviter les tentatives de suicide. Les contrats de service avec le Centre de prévention du suicide du Bas-Saint-Laurent (service en langue française) et Chimo Help Line de Fredericton (service en langue anglaise) ont été renouvelés pour des sommes respectives de 67 281 $ et 4 096 $.

Formations accréditées en intervention de crise suicidaire

Dans la foulée de l'instauration des Guides de bonnes pratiques en prévention du suicide, la formation « Intervenir auprès de la personne suicidaire à l'aide des bonnes pratiques » a été développée par le CSSS IUGS, le SAM, le MSSS et l'AQPS. Cette formation constitue une refonte de l'ancienne formation accréditée que dispensait depuis plusieurs années l'AQPS. La nouvelle formation est d'une durée de trois journées complètes et s'adresse aux intervenants issus des milieux communautaire, public, parapublic ou privé possédant des habiletés de base en intervention et œuvrant auprès d'une clientèle vulnérable au regard du suicide. Au cours de l'année 2012-2013, la DSP a offert la nouvelle formation aux intervenants et intervenantes de notre région, d'avril à novembre 2012. Quelque 105 intervenants des cinq RLS de la région y ont pris part.

Formation sur l'approche orientée vers les solutions

Un des objectifs prioritaires de la Stratégie régionale de prévention du suicide consiste à poursuivre les formations sur la problématique du suicide auprès des partenaires concernés. Dans ce contexte, une des principales approches préconisées dans le Guide de bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux (MSSS, 2010) est l'approche orientée vers les solutions. C'est pourquoi la DSP a retenu les services de la psychologue Brigitte Lavoie afin que celle-ci dispense une formation de deux jours intitulée « Approche orientée vers les solutions : compétences de base », de janvier 2013 à mai 2013, à quelque 120 intervenants issus des milieux communautaire et public (santé et services sociaux, scolaire) des cinq RLS de la région.

Verrous de pontet

L'entreposage sécuritaire des armes à feu vise la diminution des décès et des blessures par arme à feu et fait partie d'une stratégie globale d'action face au suicide contribuant à diminuer les taux de décès par suicide.
De 2004 à 2008, l'arme à feu fut un moyen utilisé dans une proportion de 25 % lors des décès par suicide en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, comparativement à 13 % pour le reste du Québec. L'arme à feu est facilement accessible dans les régions rurales, compte tenu de la popularité de la chasse. Les mesures visant la réduction de l'accès aux moyens de se tuer, dont l'entreposage sécuritaire des armes à feu, sont particulièrement importantes dans une région comme la nôtre. Une arme barrée de façon sécuritaire augmente le délai entre l'intention de poser un geste suicidaire et le passage à l'acte. Ce délai peut permettre d'offrir des services d'aide à la personne en détresse.

C'est pourquoi, en octobre 2012, la DSP a rappelé à la population l'importance d'entreposer, de façon sécuritaire, les armes à feu et a rendu disponibles 2 000 cadenas à poser sur une arme à feu (verrous de pontet). À cette occasion, la DSP a invité les propriétaires d'armes à feu à se procurer gratuitement ce cadenas auprès du bureau de leur municipalité ou d'en faire l'achat auprès d'un armurier.

Violence conjugale et agressions sexuelles

Centres désignés

Un centre désigné est un établissement du réseau de la santé et des services sociaux opérant un service d'urgence médicale 24/7 et habilité à accueillir une personne déclarant avoir été victime d'agression sexuelle, et à lui prodiguer les services médicaux et sociaux d'urgence ainsi que les examens physiques nécessaires. Le centre désigné a la responsabilité de l'intervention médicosociale initiale (Guide d'intervention médicosociale, MSSS, 2001). Dans notre région, il existe huit centres désignés.

Des formations de base ou de mise à niveau sur l'intervention médicosociale auprès des victimes d'agression sexuelle ont été offertes par la DSP aux médecins, infirmières et intervenants psychosociaux faisant partie des équipes médicosociales (équipes d'urgence psychosociale 24/7, CALACS). Au cours de l'année 2012-2013, trois formations ont été offertes à des intervenants du centre jeunesse aux succursales de Chandler et des Îles, de même qu'à ceux du CSSS de la Baie-des-Chaleurs. Au total, 28 intervenants psychosociaux ont reçu la formation de base sur l'intervention médicosociale et l'application de la trousse médicolégale et médicosociale sans prélèvements médicolégaux.

Organisation des services aux conjoints violents

En avril 2012, le conseil d'administration de l'Agence a entériné la recommandation des membres de la table régionale de concertation en violence conjugale et agression sexuelle, afin qu'un organisme communautaire de la Gaspésie soit mandaté pour offrir les services d'intervention individuelle et de groupe aux hommes ayant des comportements violents dans un contexte conjugal ou de relation intime. L'organisme endosse les principes directeurs émis par le MSSS en cette matière, se consacre nommément à l'intervention auprès des conjoints violents et confirme que ce type d'intervention constitue l'axe majeur de ses activités. L'organisme Convergence ayant été accrédité par le comité d'accréditation de l'Agence en janvier 2012, dispense pour la péninsule les services aux conjoints ayant des comportements violents.

Pour ce qui concerne les Îles-de-la-Madeleine, le C. A. de l'Agence avait alors résolu qu'un comité de travail soit créé pour définir la modalité de l'offre de service aux hommes de ce territoire ayant des comportements violents dans un contexte conjugal ou de relation intime. Les travaux ont mené en 2012-2013 à l'implantation et l'accréditation d'un nouvel organisme communautaire qui intervient auprès des conjoints violents aux Îles-de-la-Madeleine : l'organisme Hommes et Gars.

Au cours de l'année 2012-2013, l'Agence a octroyé à chacun de ces deux organismes les allocations financières suivantes :

- Convergence : 16 000 $ NR; 35 000 $ R.
- Hommes et gars : 16 000 $ NR; 25 000 $ R.

Financement octroyé en 2012-2013 : Violence conjugale et agressions sexuelles

Provenant d'une allocation financière non récurrente de 52 000 $ octroyée par le MSSS pour l'année 2012-2013 pour les services en matière de violence conjugale et d'une autre somme non récurrente de 21 000 $ en lien avec les agressions sexuelles, du financement a pu être octroyé à divers organismes au cours de l'année 2012-2013. Le tableau ci-dessous résume la nature de ces octrois.

Résumé des allocations financières pour le secteur de la violence conjugale et des agressions sexuelles en 2012-2013

Organisme	Nature du projet	Financement octroyé
Maison d'aide et d'hébergement L'Accalmie	Formation continue des intervenantes	6 000 $ NR
L'Alliance des maisons d'aide et d'hébergement de la Gaspésie	Formation régionale s'adressant aux intervenantes jeunesse des maisons d'aide et d'hébergement pour femmes. Élaboration d'un programme de sentinelles pour détecter les femmes violentées (professionnels en soins corporels, capillaires et de santé alternative)	34 000 $ NR
CALACS L'Espoir des Îles	Formation continue des intervenantes	7 000 $ NR
CALACS La Bôme-Gaspésie	Production d'un dépliant et diffusion de trois capsules radiophoniques sur les services offerts. Formation continue des intervenantes	14 000 $ NR
TOTAL		**61 000 $ NR** **(Le montant résiduel de 12 000 $ a été octroyé aux deux organismes offrant des services aux conjoints violents dont nous avons déjà fait mention)**

*R signifie récurrent et NR signifie non récurrent.

Approche École en santé

L'approche École en santé (EES) convie le réseau de l'éducation et le réseau de la santé et des services sociaux à accroître l'efficacité des interventions de promotion de la santé et de prévention, dans le respect de la mission éducative de l'école. Elle trouve écho dans le Programme de formation de l'école québécoise et dans les services éducatifs complémentaires.

L'intervention est globale en ce sens qu'on agit simultanément sur les facteurs clés du développement des jeunes au moyen d'un ensemble d'actions. Les facteurs clés sont de deux ordres :

- facteurs liés à l'individu : estime de soi, compétence sociale, habitudes de vie, comportements sains et sécuritaires;
- facteurs liés à l'environnement : environnement scolaire, environnement familial, environnement communautaire et services préventifs.

Il importe que les actions visent à la fois les jeunes, l'école, la famille et la communauté afin qu'elles se renforcent mutuellement et soient complémentaires. Dans un contexte où il faut agir sur plusieurs facteurs et à plusieurs niveaux, l'intervention concertée devient essentielle. Les partenaires sont ainsi conviés à collaborer afin de planifier et de déployer des actions cohérentes, de façon coordonnée et harmonieuse.

Dans notre région, les travaux de déploiement de l'approche EES sont amorcés depuis l'automne 2004. En 2012-2013, la DSP a poursuivi son soutien aux responsables locaux d'EES. Ainsi, elle a agi comme personne-ressource auprès des chefs de programmes des CSSS, pour tout ce qui concerne le déploiement de l'approche EES dans les écoles de leur territoire respectif et l'encadrement des accompagnateurs des CSSS. Quatre nouvelles accompagnatrices de l'approche ÉES ont remplacé des personnes n'occupant plus ces fonctions. Des formations de base ont été dispensées à ces nouvelles venues au cours de 2012-2013. Deux rencontres régionales de travail ont aussi été organisées par la DSP en collaboration avec la Direction régionale du MELS, au bénéfice des personnes-ressources des deux réseaux (scolaire et sociosanitaire) œuvrant à la mise en œuvre d'EES. En effet, deux personnes-ressources venant respectivement d'un CSSS et d'une commission scolaire forment l'équipe locale d'accompagnatrices de l'approche EES. De plus, au sein du comité régional de l'Entente MSSS/MELS, la représentante de la DSP collabore avec sa collègue de la Direction régionale du MELS pour contribuer à rendre plus efficaces les mesures de promotion de la santé et de prévention mises en œuvre dans le milieu scolaire.

DOMAINE 2
LES HABITUDES DE VIE ET LES MALADIES CHRONIQUES

Concertation des partenaires régionaux pour la promotion des saines habitudes de vie et la prévention des maladies chroniques

Le Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012 - Investir pour l'avenir (PAG) constitue l'engagement du gouvernement provincial dans une stratégie collective pour l'amélioration de la qualité de vie et du bien-être des citoyens québécois, en leur permettant de vivre dans des environnements qui favorisent l'adoption et le maintien de saines habitudes de vie. Les milieux ciblés sont notamment la famille, les services de garde, les établissements scolaires, les municipalités ainsi que le secteur de la restauration.

La DSP a choisi d'actualiser son mandat de mobilisation des partenaires régionaux du PAG en mettant en place en 2009 un comité régional de concertation, tout en assurant la coordination de celui-ci. Les objectifs de ce comité sont de :

- Créer une synergie entre les partenaires afin d'augmenter l'efficacité et l'intensité des actions en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine;
- Prendre connaissance des actions prioritaires de chacun des partenaires à partir de celles recommandées dans le PAG;
- Déterminer les collaborations possibles entre les partenaires;
- Mettre en commun, chaque année, le bilan des actions des partenaires et les perspectives pour l'année à venir.

Il est composé, outre de l'équipe des saines habitudes de vie de la DSP, des directions régionales des ministères suivants :

- Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec (MAPAQ);
- Ministère des Affaires municipales, des Régions et de l'Occupation du territoire (MAMROT);
- Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS);
- Ministère de la Famille, des Aînés et de la Condition féminine (MFACF);
- Ministère des Transports du Québec (MTQ);
- Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MESS).

ainsi que de :

- Québec en forme Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine (QEF GIM);
- L'Unité régionale loisir et sport Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine (URLS GIM);
- La Conférence régionale des élus Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine (CRÉ GIM);
- L'Association régionale du sport étudiant de l'Est-du-Québec.

Au cours de 2012-2013, le comité s'est réuni à trois reprises. Une de ses principales réalisations a été le soutien au projet régional financé pour une durée de trois ans par QEF et coordonné par l'URLS, en collaboration avec un sous-comité de suivi composé des partenaires suivants : CRÉ, QEF, DSP. Le projet intitulé Inter'Actions Jeunesse Gaspésie–Les Îles est issu de la concertation des partenaires régionaux. L'objectif général de ce projet est de favoriser un mode de vie physiquement actif et de rendre les milieux de la région plus dynamiques et ouverts pour les jeunes et leur famille. Il vise à offrir aux jeunes de 5 à 17 ans de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine plus de loisirs structurés et une plus large gamme d'activités physiques organisées.

Pour rejoindre le plus grand nombre de communautés et les aider à agir en ce sens, la région peut compter sur une ressource de type « démarcheur régional » qui a deux principaux mandats :

- Sensibiliser, outiller et accompagner les communautés voulant se doter d'un service d'animation en loisir ou désirant mettre en commun leurs ressources avec d'autres communautés pour l'atteinte de cet objectif;
- Favoriser les arrimages dans les milieux où évoluent les jeunes de 5 à 17 ans, et ce, pour toute la région Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine.

Par ailleurs, trois autres sous-comités ont été créés. Un premier souhaite développer des stratégies afin de soutenir les municipalités dans l'intégration de mesures qui visent la promotion d'un mode de vie physiquement actif. Ce sous-comité a finalisé la production et amorcé la diffusion d'un bottin qui synthétise les différents programmes offerts dans la région, en faisant des liens avec les outils disponibles ainsi que les ressources du milieu. L'objectif de cet outil est de rassembler le plus de renseignements possibles à un même endroit afin de soutenir les municipalités dans leur démarche de rédaction d'une Politique municipale familiale (PMF) ou pour le programme Municipalité amie des aînés (MADA).

Un sous-comité régional de formation a aussi été créé en mars 2012 afin de superviser le projet de formation sur les environnements favorables aux saines habitudes de vie. Le sous-comité régional de formation a d'abord élaboré au cours de l'automne 2012 un plan de travail pour ce projet. Un financement a été octroyé par QEF pour l'embauche d'une formatrice régionale et l'URLS agit comme fiduciaire pour ce projet.

Le sous-comité soutient la formatrice régionale dans ses travaux et s'assure de la dispensation en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine de sessions de sensibilisation sur les environnements favorables aux saines habitudes de vie.

Enfin, un troisième sous-comité se charge d'assurer des liens de cohérence et de soutien entre les regroupements locaux de QEF et le comité régional sur les saines habitudes de vie.

Finalement, le comité a fait son bilan au terme de trois années de fonctionnement, a mis à jour son cadre de fonctionnement et a décidé de revoir sa dénomination pour s'uniformiser avec le reste de la province, s'appelant désormais la Table intersectorielle régionale sur les saines habitudes de vie.

Formation sur les environnements favorables aux saines habitudes de vie : Volet établissements de santé et de services sociaux

Dans le but de créer une vision d'un milieu (milieux de garde, écoles, institutions, services et commerces d'alimentation, municipalités) où les environnements sont favorables aux saines habitudes de vie, le Comité québécois de formation sur les saines habitudes de vie a développé des sessions de sensibilisation s'adressant:

- aux élus municipaux;
- aux élus et administrateurs scolaires, directeurs d'école, enseignants et intervenants scolaires;
- aux acteurs du secteur agroalimentaire (producteurs, transformateurs, distributeurs);
- aux gestionnaires et intervenants du réseau de la santé;
- aux gestionnaires et professionnels des divers ministères.

L'équipe des saines habitudes de vie de la DSP se charge d'offrir les sessions de sensibilisation aux gestionnaires et intervenants du réseau de la santé, tandis qu'une intervenante de l'URLS offre la formation aux autres secteurs ciblés grâce à un financement de QEF. Au cours de l'année 2012-2013, une session de sensibilisation a été offerte aux membres du comité régional de concertation du Programme de santé publique. Pour sa part, la comité régional de coordination PDG-DG a été rencontrée dans le but de lancer l'invitation aux établissements du réseau régional et recevoir l'accord des DG afin de procéder formellement aux offres de sensibilisation au sein de leur établissement respectif.

Programme de prévention et de cessation du tabagisme

La gang allumée pour une vie sans fumée

Depuis 2001, le MSSS soutient *La gang allumée pour une vie sans fumée*, lequel est un programme de mobilisation de la jeunesse québécoise face à la problématique du tabagisme. Créé en 1995 par le Conseil québécois sur le tabac et la santé (CQTS), ce programme allie fumeurs et non-fumeurs de 12 à 18 ans qui conçoivent ensemble des activités de prévention et de réduction du tabagisme. Pour chacun des projets entrepris dans une école ou dans un organisme communautaire, le CQTS offre d'abord une formation qui permettra à un intervenant désigné de bien accompagner le processus d'animation des jeunes qui seront appelés à concevoir des activités de prévention et de réduction du tabagisme. Par la suite, tout au long de l'année, le CQTS offre à chaque projet *Gang allumée* un encadrement pour s'assurer du bon déroulement et de la pertinence des activités imaginées par les jeunes. Enfin, du matériel promotionnel est développé et offert aux milieux par le CQTS. Les frais de coordination et de soutien de chacun des projets de *Gang allumée* sont estimés à près de 3 000 $ par projet réalisé. C'est dans ce contexte qu'en 2012-2013, la DSP a financé le CQTS en lui octroyant un montant non récurrent de 25 511 $. Ainsi, dix projets au total en Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine ont été réalisés pour l'année scolaire 2012-2013, soit un dans une école primaire, trois dans des écoles secondaires et les six autres dans des maisons des jeunes.

Campagnes sociétales

Quatre campagnes sociétales concernant la prévention et la cessation tabagique sont tenues chaque année au Québec et notre région y prend part activement. Il s'agit de : Famille sans fumée, Semaine pour un avenir sans tabac, Défi, j'arrête j'y gagne et Magane pas tes organes.

Famille sans fumée se déroulant chaque année d'octobre à décembre, est une campagne de sensibilisation aux dangers de la fumée secondaire sur la santé des enfants. Avec sa signature « Pour la santé des enfants, merci de fumer dehors », la campagne rappelle aux parents et aux futurs parents que la stratégie la plus simple et la plus efficace pour protéger les enfants de la fumée secondaire est d'aller fumer à l'extérieur.

La Semaine pour un avenir sans tabac s'est déroulée du 20 au 26 janvier 2013. En 2013, la Semaine québécoise pour un avenir sans tabac a mis en lumière la souffrance causée par l'usage du tabac auprès des fumeurs et de leurs proches, insistant sur le fait que le tabac rend malades des milliers de personnes chaque année. Celles-ci souffrent et nécessitent des soins, tandis que leurs familles doivent les soutenir bien qu'impuissantes face à leurs maux. Au Québec, nous estimons que chaque heure, le tabac tue un fumeur. Pendant la Semaine québécoise pour un avenir sans tabac, toute la population québécoise a été invitée à afficher son désir de cesser de fumer, sa fierté d'avoir arrêté ou son appui à l'objectif d'un monde sans fumée.

Quant à lui, le Défi, j'arrête j'y gagne convie au début de chaque année la population des fumeurs à s'engager à cesser de fumer pour une période minimale de six semaines, soit cette année du 1er mars au 11 avril 2013. Il en était à sa 14e édition.

Le défi est une initiative d'ACTI-MENU réalisée en partenariat avec plusieurs organisations publiques et privées, notamment le MSSS, les directions de santé publique du Québec, la Société canadienne du cancer, Jean Coutu, Novartis et TELUS Solutions en santé. La participation a été appréciable, puisque 295 personnes de notre région se sont inscrites à l'édition 2013.

Afin de prévenir l'initiation au tabagisme chez les jeunes de 11 à 14 ans, le MSSS a lancé, en mars 2013, une nouvelle campagne publicitaire. Celle-ci invite les jeunes à pousser plus loin la réflexion en abordant le caractère nocif de chaque cigarette ou cigarillo. Avec un message tangible, livré de façon humoristique, Magane pas tes organes a été diffusée à l'échelle de la province grâce à un message télévisé, une capsule vidéo originale accessible sur les médias sociaux, ainsi que de l'affichage dans les autobus et dans d'autres endroits fréquentés par les jeunes.

Tous les CSSS de la région ont participé activement aux quatre campagnes et de nombreuses activités ont été organisées dans les milieux afin de favoriser la cessation tabagique.

Programme de cessation du tabagisme

Cette année, les efforts se sont poursuivis pour rendre accessibles les programmes de soutien à l'abandon du tabagisme dans les CSSS de la région. Le Plan québécois d'abandon du tabagisme (PQAT) constitue le cadre de référence produit par le MSSS en vue de définir un modèle organisationnel de service d'abandon du tabagisme au Québec.

Les CSSS sont principalement interpellés dans le cadre du PQAT par la mise en place des centres d'abandon du tabagisme (CAT). Les CAT offrent gratuitement un ensemble de services de cessation tabagique à toutes les personnes qui en font la demande. Ceux-ci sont en fonction dans chacune des MRC de la région.

La Direction de santé publique soutient les CSSS dans l'implantation des services d'abandon du tabac, notamment par la formation des intervenants appelés à faire du soutien individuel ou de groupe et par la promotion des services offerts par les CSSS. Un montant non récurrent totalisant 67 420 $ a été distribué aux CSSS en 2012-2013 pour financer les services offerts à la population dans les CAT. De plus, la promotion des services des CAT auprès de la population a été faite dans le cadre des campagnes sociétales sur le tabagisme : Famille sans fumée, Semaine pour un avenir sans tabac et Défi, j'arrête j'y gagne.

Également, en janvier 2013, la DSP a produit un cahier spécial de quatre pages sur la prévention et la cessation du tabagisme dans le mensuel régional Graffici. Tous les foyers de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine ont reçu le cahier par l'entremise du journal ou du Publi-Sac (environ 65 000 foyers). Ce cahier spécial se voulait un outil de sensibilisation auprès des fumeurs dans leur milieu, un moyen de valoriser le travail des intervenants des CAT en présentant concrètement l'aide personnalisée qu'ils offrent, tout en tentant de multiplier les inscriptions au Défi, j'arrête j'y gagne.

De plus, une trousse de formation « clé en main » a été produite par la DSP et offerte aux intervenants des CAT afin de les aider à réaliser des sessions de sensibilisation au counseling auprès de tous les professionnels de leur CSSS respectif. La trousse comprend un cahier du formateur, un cahier du participant et une présentation PowerPoint.

Programme de promotion de l'activité physique : Kino-Québec

Bourse du concours École active 2013

L'école étant un des principaux milieux de vie des enfants et des adolescents, celle-ci est souvent ciblée par les activités de Kino-Québec. Ainsi, le concours « École active » a été lancé en mars 2013 auprès des écoles primaires et secondaires, et ce, pour la dixième année consécutive. Une « école active » est une école qui offre à ses élèves et à son personnel un environnement physique, social et organisationnel qui favorise l'adoption et le maintien de saines habitudes de vie. Elle propose donc un mode de vie basé sur une saine alimentation, ainsi que sur la pratique sécuritaire d'activités physiques pendant les cours, les loisirs et les déplacements. Pour l'édition 2013 du concours « École active », les écoles pouvaient proposer un projet portant sur un des thèmes suivants :

- Activité physique;
- Sécurité ou éthique;
- Saine alimentation.

Des seize projets soumis en 2013 par les écoles primaires et secondaires de la région, onze ont été retenus. Les projets soumis en 2013 ont été analysés par un comité régional de sélection composé de représentants de QEF, de l'URLS et de la Fédération du sport étudiant de l'Est-du-Québec.

Plaisirs d'hiver

Quant à elle, la campagne « Plaisirs d'hiver » vise à promouvoir l'activité physique hivernale et à maximiser l'usage collectif des installations existantes de notre région.

Par une campagne promotionnelle d'envergure ciblant les familles avec des enfants et des adolescents, « Plaisirs d'hiver » a invité la population à découvrir ou à redécouvrir les plaisirs hivernaux au cours de l'hiver 2013.

Pour le volet scolaire de cette campagne, six écoles de notre région ont offert des activités à leur clientèle et à leur communauté. Pour le volet municipal et communautaire, quatorze municipalités ont participé à « Plaisirs d'hiver 2013 » permettant ainsi à quelque 1 000 personnes de bouger sur dix-sept sites d'activités.

Ma cour, un monde de plaisir!

Au cours de l'année, la DSP a poursuivi le déploiement du guide Ma cour, un monde de plaisir! Ce guide destiné aux écoles primaires vise à soutenir les milieux scolaires dans l'aménagement, l'organisation et l'animation de leur cour d'école. Une démarche en quatre volets est proposée aux écoles participantes, soit la mobilisation, l'aménagement de la cour, l'organisation des activités et l'animation de la cour par le programme des jeunes leaders. Des formations s'adressant aux intervenants scolaires et à certains de leurs partenaires ont été données par la DSP dans tous les territoires des commissions scolaires de la région. Ces formations permettent d'apprendre à utiliser le guide en vue de démarrer une démarche d'aménagement et d'animation de la cour d'école.

Ce sont dix écoles de la région qui ont reçu la formation cette année amenant le total de la région à 38 milieux scolaires formés sur 43. Ceci représente 88 % des écoles de la région.

Grand Défi Pierre Lavoie

Depuis le mois de novembre 2008, la tournée Le grand défi Pierre Lavoie fait une virée des écoles primaires de la province pour motiver les jeunes à adopter un mode de vie plus sain et à s'inscrire au concours amical qui se tient au mois de mai. Cette tournée, qui en était à sa cinquième édition en 2012-2013, a visité les Îles-de-la-Madeleine en octobre 2012. La DSP, par le biais de son programme Kino-Québec, a été étroitement associée à l'organisation de cette visite, et ce, en collaboration avec le réseau scolaire des Îles. À cette occasion, quelque 600 jeunes ont été rejoints pour leur plus grand plaisir.

Défi Santé 5/30 Équilibre

Le Défi Santé 5/30 Équilibre invite les Québécoises et Québécois de quatre ans et plus à passer à l'action pour améliorer leur santé et leur bien-être durant au moins six semaines, soit du 1er mars au 11 avril de chaque année. Pour les personnes inscrites, il s'agit de manger au moins cinq portions de fruits et légumes et de bouger au moins 30 minutes par jour, et ce, au minimum cinq jours par semaine. La région a encore une fois cette année été très dynamique pour offrir à la population des occasions de bouger tout au long de ce défi. Cette année, il y a 1 983 personnes (76 % sont des femmes et 24 % des hommes) de la région qui se sont inscrites au défi.

Promotion de l'activité physique auprès de la clientèle des aînés

Le programme VIACTIVE est un programme d'activité physique pour les personnes âgées de 55 ans et plus. Des animateurs bénévoles VIACTIVE œuvrent de façon dynamique dans plus de 66 clubs de 50 ans et plus en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine.

Cette année, les tournées (une au printemps et une à l'automne) de formation avec les animatrices et animateurs VIACTIVE des clubs de 50 ans et plus se sont déroulées dans cinq MRC de la région, avec une centaine de personnes y prenant part. La DSP a aussi participé à l'organisation des Jeux des 50 ans et plus, édition 2012, et ce, en collaboration avec l'URLS et la Fédération des clubs de l'âge d'or de l'Est-du-Québec (FADEQ). Les jeux sont un événement régional se voulant un rassemblement sportif et culturel qui contribue à améliorer la qualité de vie des aînés, à promouvoir la pratique de l'activité physique, à sortir les aînés de l'isolement, tout en devenant une source de motivation et de valorisation importante pour eux. Les jeux se sont déroulés aux Îles-de-la-Madeleine en juin 2012 et 1 500 personnes y ont participé.

Avis scientifique de Kino-Québec : L'activité physique, le sport et les jeunes – Savoir et agir

Cet avis du comité scientifique de Kino-Québec révèle tous les éléments de mieux-être associés à la pratique d'activités physiques et sportives chez les jeunes, et souligne l'importance pour les enfants, les adolescentes et adolescents de faire le plus possible d'activité physique chaque jour. Afin d'augmenter la pratique, il faut mettre en œuvre des stratégies axées sur les jeunes eux-mêmes tout autant que sur leur environnement social, culturel, physique, politique et économique. La diffusion de l'avis scientifique s'est poursuivie cette année, notamment auprès des intervenants scolaires de quatre MRC de la région, rejoignant une cinquantaine de personnes.

Promotion de la saine alimentation

Cadre de référence à l'intention des établissements du réseau de la santé et des services sociaux pour l'élaboration de politiques alimentaires adaptées

De par leur mission et leurs responsabilités, les établissements du réseau de la santé et des services sociaux se doivent de veiller au maintien de la qualité et d'assurer une offre d'aliments savoureux ayant une valeur nutritive élevée, et ce, dans un contexte agréable. Le Cadre de référence à l'intention des établissements du réseau de la santé et des services sociaux pour l'élaboration de politiques alimentaires adaptées a été développé par le MSSS dans le but de permettre l'implantation de politiques alimentaires dans le réseau. La DSP a poursuivi au cours de l'année, le soutien aux établissements de sa région en vue de la mise en œuvre de la politique alimentaire de chacun. Deux rencontres régionales regroupant les responsables de la politique alimentaire de chaque établissement ont été organisées par la DSP dans un esprit d'accompagnement et de partage de bonnes idées. De plus, une diffusion d'outils pertinents, de même que de bons échanges bidirectionnels avec les responsables des établissements ont complété le soutien offert par la DSP. D'ailleurs, l'Agence de la santé et des services sociaux de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine a elle-même procédé au lancement de sa politique alimentaire auprès de son personnel en juin 2012.

Soutien à l'implantation du programme Choisir de maigrir?

Le programme Choisir de maigrir? est une démarche de groupe qui cible les femmes préoccupées par leur poids et leur image corporelle afin de les amener à prendre une décision éclairée en matière d'amaigrissement. Le programme propose de remplacer l'utilisation de diètes miracles par l'adoption de saines habitudes de vie. Il favorise la prise en charge du problème par les femmes elles-mêmes en leur donnant les connaissances et les moyens de se réapproprier leur démarche de changement. Au cours de l'année, la DSP a poursuivi son soutien aux CSSS pour l'implantation de ce programme, soit en offrant dans la région la formation requise ou en facilitant la participation de certaines intervenantes pour la formation offerte à cet égard dans d'autres régions du Québec.

Programme de santé dentaire

L'année 2012-2013 a été marquée par la tenue d'une étude clinique provinciale sur l'état de santé buccodentaire des élèves du primaire permettant d'actualiser les données épidémiologiques en santé buccodentaire, lesquelles remontent déjà à la fin des années 1990. Notre région a pris part à l'étude provinciale. La collecte de données s'est échelonnée de novembre 2012 à mai 2013.

Pour ce faire, la dentiste-conseil de la DSP et les hygiénistes dentaires de tous les CSSS ont été mobilisées pour réaliser les examens dentaires de quelque 500 élèves de 6^{e} année de toute la région. La dentiste-conseil a agi comme examinatrice, alors que les hygiénistes dentaires ont accompagné celle-ci pour la transcription des données et ont collaboré très activement au recueil des informations requises pour la collecte de données. Les examens se sont effectués à l'école à l'aide d'un équipement portatif dans un local aménagé pour les besoins. La collaboration des écoles primaires de la région a constitué un atout des plus précieux.

Aux termes de l'étude, notre région a enregistré un taux de participation de 78 % pour l'ensemble de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine. Bien que provisoire, ce résultat s'avérait supérieur à la moyenne provinciale. Au cours de l'hiver 2014, les données recueillies feront l'objet d'une analyse minutieuse avec comme objectif de diffuser le rapport régional dès l'automne 2014.

Programme de subventions de projets en sécurité alimentaire

Selon la FAO (Food and Agriculture Organization), la sécurité alimentaire existe lorsque toutes les personnes ont, à tout moment, un accès physique et économique à une nourriture suffisante, saine et nutritive leur permettant de satisfaire leurs besoins énergétiques et leurs préférences alimentaires pour mener une vie saine et active.

La DSP est impliquée dans la gestion du Programme de subventions de projets en sécurité alimentaire.

Pour l'année 2012-2013, les sommes suivantes (voir tableau ci-dessous) ont été allouées pour financer :

- Onze organismes communautaires offrant des activités de cuisines collectives et/ou des ateliers éducatifs en lien avec la sécurité alimentaire, ou encore offrant à la population démunie des services de dépannage alimentaire;
- La table de concertation régionale des organismes communautaires en sécurité alimentaire, de manière à soutenir ses travaux.

Répartition 2012-2013 - Financement en sécurité alimentaire

Organisme communautaire en sécurité alimentaire	Financement récurrent PSOC 2012-2013	Répartition du 21 460 $ non récurrent provenant du MSSS	Répartition du 100 000 $ récurrent provenant de l'Agence
Source alimentaire Bonavignon	90 734 $	2 324 $	10 833 $
Collectif Aliment-Terre	52 036 $	3 290 $	15 333 $
CAB La Grande Corvée	23 734 $	1 681 $	7 834 $
Carrefour-Ressources	130 521 $ *	1 922 $	8 958 $
Cuisines collectives	48 988 $	2 888 $	13 458 $
CAB Ascension-Escuminac	28 187 $	1 440 $	6 709 $
Family Ties	16 978 $	1 440 $	6 709 $
Contre Vents et Marées	28 918 $	1 440 $	6 709 $
Entraide communautaire des Îles	8 898 $	1 874 $	8 733 $
Partagence	36 798 $	1 490 $	6 933 $
Accueil Blanche Goulet	22 650 $	956 $	4 458 $
Table SAGIM	10 435 $	715 $	3 333 $

(*) À noter que le financement alloué à Carrefour-Ressources comprend des services de répit-gardiennage ainsi que le programme YAPP et ne concerne donc pas uniquement des services en sécurité alimentaire.

Maladies chroniques

Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS)

Activités en collaboration avec les centres de dépistage

Agrément et formation

Un centre a perdu l'agrément pour des considérations administratives. L'Association canadienne des radiologistes (CAR) exige d'être renseignée sur tout changement technique lié aux appareils de mammographie. Ce centre n'a pas pour autant perdu sa désignation et a continué ses activités, tout en poursuivant les démarches pour renouveler l'agrément auprès de la CAR.

Un autre centre a dû faire des corrections (corriger un problème de poussière, calibrer les moniteurs du radiologiste), mais n'a pas eu à suspendre les activités cliniques.

Subséquemment, ces deux centres ont pu rétablir l'agrément et la certification respectivement.

Une rencontre annuelle réunissant les professionnels, les administrateurs, les responsables du programme ainsi que les responsables régionaux est tenue pour chacun des cinq centres de notre région. Ces rencontres permettent la production de bilans annuels qui résument la performance des centres, les réalisations, les défis pour atteindre les normes du programme et les objectifs pour relever ces défis.

Allocation financière

Une subvention est accordée aux centres de dépistage en fonction du volume de mammographies effectuées dans le cadre du PQDCS et des objectifs, comme la saisie d'information, l'assurance-qualité et l'accessibilité aux services du PQDCS. Pour l'année 2012, un montant total de 22 122 $ a été versé aux cinq établissements suivants :

- Hôpital de Sainte-Anne-des-Monts : 2 621 $;
- Hôpital Hôtel-Dieu de Gaspé : 4 445 $;
- Hôpital de Chandler : 4 506 $;
- Hôpital de Maria : 7 145 $;
- Hôpital de Cap-aux-Meules : 3 405 $.

Activités régionales de recrutement et de coordination

Envois de lettres d'invitation, de rappel et de relance

En juillet 2012, il y avait en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine 13 917 femmes de 50 à 69 ans. Le programme invite les femmes éligibles à participer aux deux ans (sont exclues celles ayant un diagnostic antérieur de cancer du sein et celles qui ont signalé un refus de participer).

À ces femmes, 9 562 invitations personnalisées ont été postées, soit 4 152 lettres d'invitation et de rappel ainsi que 5 410 lettres de relance.

Le programme encourage les médecins à prescrire la mammographie de dépistage à leurs patientes, et envoie une lettre d'invitation ou de rappel aux femmes qui n'ont pas eu de dépistage depuis au moins deux ans. Il sert donc de filet de sécurité pour assurer que toutes les femmes éligibles de 50 à 69 ans soient invitées au dépistage, d'une façon ou d'une autre.

Envois de lettres de résultats

En 2012, 5 184 femmes ont eu un dépistage dans le cadre du programme. De ce nombre, 4 610 (89 %) ont eu un résultat normal et 574 (11 %) un résultat anormal. Une lettre de résultat négatif ou positif a été expédiée à la femme, et ce, pour chacun des résultats.

Suivi des résultats positifs des mammographies

Le Centre de coordination des services régionaux (CCSR) s'assure de la prise en charge d'un résultat positif, en vérifiant que les données du formulaire sur le diagnostic soient saisies au SI-PQDCS et en effectuant un suivi des examens complémentaires auprès des services radiologiques, des médecins traitants ou des clientes, selon le cas. Ainsi, dans la majorité des 574 cas positifs, la saisie de résultats au SI-PQDCS a permis de confirmer la prise en charge par le centre de dépistage. Dans certains autres cas, il a fallu communiquer avec les centres de dépistage désignés (CDD), la femme ou son médecin pour s'en assurer.

Délais pour prendre un rendez-vous pour une mammographie de dépistage

Le programme vise à ce que les femmes puissent avoir une mammographie de dépistage dans un délai de moins de six semaines suivant sa demande de rendez-vous. En Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, comme partout au Québec, ce délai est mesuré quatre fois par année par un sondage téléphonique. En 2012-2013, le délai moyen, qui était plus élevé à partir de l'été 2010 (en raison du passage à la technologie de la mammographie numérique), est demeuré à environ onze semaines, avec des variations locales. Le délai de six semaines a toujours été respecté à Chandler et à Sainte-Anne-des-Monts, avec des dépassements de cette norme à Gaspé, aux Îles-de-la-Madeleine et à Maria.

Participation

Année du calendrier	Volume Centres fixes	Volume Unités mobiles	Total Région 11	Participation*	
				Région 11	Québec
2003	1 844	763	2 607	50 %	47 %
2004	2 380	921	3 301	45 %	48 %
2005	2 755	1 789	4 544	57 %	49 %
2006	3 109	914	4 023	59 %	51 %
2007	3 761	0	3 761	51 %	53 %
2008	4 276	0	4 276	55 %	55 %
2009	4 259	611	4 870	58 %	56 %
2010	3 468	0	3 468	53 %	57 %
2011	5 366	451	5 817	56 %	57 %
2012	4 448	736	5 184	65 %*	58 %

* Pour chaque année, le taux de participation est calculé sur 24 mois, terminant à la fin de l'année identifiée. Par exemple, le taux de participation en 2012 est le nombre de femmes ayant participé dans les années 2011 et 2012, divisé par le nombre moyen de femmes ayant 50-69 ans dans cette période de deux ans.

Un taux de participation d'au moins 70 % demeure l'objectif fixé par le PQDCS. Dans notre région, le taux de participation a atteint en 2012-2013 son niveau le plus élevé depuis le début du programme, soit 65 %. Ce chiffre ne tient pas compte des examens de dépistage passés hors province. Si on considère ces examens, nous estimons que le taux de participation des femmes de notre région serait environ 3 % plus élevé, soit 68 %, se rapprochant de la norme visée au Québec.

Unités mobiles de dépistage du cancer du sein

En 2011, une entente a été signée entre les agences des régions du Bas-Saint-Laurent et de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine pour que l'unité mobile SARA desserve la Gaspésie, offrant environ huit semaines de dépistage tous les ans.

L'unité mobile SARA prend ainsi la relève de l'unité mobile CLARA qui est venue à plusieurs reprises par le passé. L'unité mobile SARA est un service basé au CSSS de Rivière-du-Loup et se sert d'une semi-remorque (plutôt qu'un autobus). Elle est équipée d'un mammographe numérique.

Les images sont donc envoyées directement aux lecteurs radiologues, plutôt que d'envoyer des films exposés pour être développés et lus par la suite. L'unité mobile SARA est soumise aux mêmes exigences de qualité que l'unité mobile CLARA ainsi que les unités fixes basées dans les CSSS et les cliniques privées.

Il est prévu que l'unité mobile SARA desserve principalement les endroits qui sont éloignés des centres fixes afin d'augmenter l'accessibilité géographique. En 2011-2012, l'unité mobile SARA s'est rendue à Sainte-Anne-des-Monts et à Paspébiac, pour réaliser un total de 493 mammographies, dont 477 dans le cadre du programme. À l'automne 2012, l'unité mobile CLARA est venue à Matapédia et à Paspébiac, effectuant 259 examens de dépistage, pour un total de 736 examens par les unités mobiles dans l'année.

Promotion

Un nouveau signet accompagne les lettres d'invitation adressées aux femmes. Ce signet vise à représenter la réalité gaspésienne et madelinienne de génération en génération. Au recto, se trouve une photo de quatre femmes marchant sur la plage avec le message Le dépistage**...** faites-le pour ceux qui vous aiment! et au verso, les adresses et les numéros de téléphone pour prendre un rendez-vous pour une mammographie de dépistage.

En avril 2012, un bulletin d'information PQDCS a été diffusé aux médecins de première ligne, aux administrateurs ainsi qu'aux professionnels exerçant la mammographie, présentant des nouveautés apportées par le MSSS : nouvelles lettres de résultats, symptômes inquiétants justifiant un suivi médical, modifications aux rapports de dépistage, etc. Nos performances régionales sont également présentées : délais, accessibilité, unités mobiles, etc.

DOMAINE 3
LES TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS

Programme de promotion de la sécurité à domicile

De façon générale, nous estimons qu'environ 30 % des personnes âgées de 65 ans et plus font au moins une chute chaque année. Pour beaucoup d'entre elles, la chute constitue l'événement déclencheur d'une perte de mobilité et d'autonomie. Les fractures sont l'une des conséquences les plus sérieuses de la chute. Chez les aînés qui se remettent d'une fracture de la hanche, la moitié ne retrouve jamais complètement leurs capacités fonctionnelles, entre 13 et 20 % sont institutionnalisés et le cinquième meurt en moins de six mois. De plus, même sans fracture, la chute constitue un important précurseur d'admission en centre d'accueil, en raison de l'insécurité et de la détérioration de la santé sociale et mentale qu'elle peut engendrer (Source : MSSS, 2003).

La prévention des chutes à domicile s'avère donc une préoccupation majeure pour le maintien de l'autonomie des aînés. À cette fin, le Programme intégré d'équilibre dynamique (PIED) vise à prévenir les chutes et les fractures chez les aînés autonomes qui vivent dans la communauté et qui sont préoccupés par les chutes ou par leur équilibre. Le PIED a été conçu pour déterminer l'intensité des interventions cliniques tout en étant accessible à un grand nombre d'aînés vivant à domicile. Le PIED dure douze semaines et comprend trois volets : exercices en groupe, exercices à domicile et capsules de discussion sur la prévention des chutes. Il est destiné aux organismes des milieux communautaires, tels que les centres pour aînés, les CLSC et les services de loisirs municipaux. Au cours de l'année 2012-2013, la DSP a offert du soutien aux animatrices locales du PIED, notamment par un suivi rapide aux demandes des intervenants locaux par la mise à jour et la distribution gratuite du Cahier de bord de l'animateur, lequel contient, entre autres, des consignes de sécurité additionnelles proposées par la DSP de Montréal.

Prévention des accidents de véhicules hors route (VHR)

Les taux de décès chez les usagers de véhicules hors route (VHR) de la région continuent de se maintenir au-delà des taux de la province (Dubé et Parent, 2011). Différentes actions ont donc été entreprises au cours des dernières années par la DSP en vue de prévenir les accidents liés aux VHR. En 2012-2013, la DSP a poursuivi sa participation aux travaux de la table de concertation régionale sur les VHR pilotée par la Conférence régionale des élus, laquelle s'est réunie à deux reprises.

Cette table multisectorielle a été créée en 2006 afin de rendre la cohabitation plus harmonieuse entre les résidents riverains des sentiers de VHR et les utilisateurs de ces véhicules et d'améliorer la sécurité des utilisateurs.

Par ailleurs, la DSP a procédé à une analyse exploratoire pour mieux connaître l'ampleur et les circonstances des accidents de VHR. Trois aspects ont été documentés : les accidents, les conducteurs et les victimes. Les résultats ont été ventilés selon le type de véhicules hors route : motoneige, véhicule tout-terrain et motocyclette hors route.

Une attention particulière a aussi été portée aux accidents survenus sur les sentiers balisés. L'analyse permet, entre autres, de constater que, chaque année en moyenne, 54 accidents de VHR sont rapportés aux corps policiers dans la région. Quatre accidents sur cinq causent des blessures aux occupants. Le rapport de cette analyse sera diffusé au cours de l'été 2013 aux membres de la table de concertation sur les véhicules hors route de la Gaspésie, aux intervenants du réseau de la santé et des services sociaux et à tous ceux qui sont concernés par la sécurité des usagers de VHR.

DOMAINE 4
LES MALADIES INFECTIEUSES

L'immunisation

Comités de travail

Plusieurs activités liées aux différents comités de travail provinciaux en immunisation ont eu lieu au cours de l'année 2012-2013, surtout sous forme de conférences téléphoniques, mais également lors de la rencontre provinciale annuelle pour chacun des comités de travail. Les trois principaux comités sont la gestion des produits immunisants, les manifestations cliniques inhabituelles et signalements (MCI et ESPRI) ainsi que le Réseau des responsables en immunisation.

Formation en immunisation

Dans le cadre du Programme d'assurance qualité de l'acte vaccinal en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, plusieurs types de formation (formation de base, formation adaptée, formation en santé des voyageurs et formation continue) sont proposés annuellement en immunisation.

En 2012-2013, sept sessions de formation différentes (de base, continue et en santé des voyageurs) ont été organisées pour répondre aux besoins d'une quarantaine d'infirmières vaccinatrices.

Manifestations cliniques indésirables

En 2012-2013, six signalements reliés à la vaccination régulière ont été saisis au fichier central ESPRI, ce qui correspond à la moyenne annuelle pour notre région.

Le faible nombre de cas de signalements pourrait être associé à l'information transmise aux personnes vaccinées et à la prise en charge immédiate des réactions attendues aux vaccins par les infirmières vaccinatrices.

Campagne de vaccination contre l'influenza saisonnière

Pour la saison 2012-2013, la région a enregistré une très légère diminution de la couverture vaccinale contre l'influenza saisonnière par rapport à l'année précédente. Nous n'avons pas encore atteint le nombre de doses administrées au cours des années antérieures à la pandémie, qui dépassait alors les 26 000 doses.Un total de 23 668 doses de vaccins ont été administrées au cours de l'année 2012-2013 et une allocation régionale d'environ 100 000 $ a été distribuée aux établissements pour cette campagne de vaccination.

Gestion des produits immunisants et gestion du dépôt régional pour les vaccins

Une quatrième rencontre régionale annuelle en gestion des produits immunisants s'est tenue à Sainte-Anne-des-Monts en juin 2012. Elle regroupait les responsables locaux des produits immunisants des CSSS ainsi que ceux des communautés autochtones.

La DSP gère le dépôt régional de vaccins, fournissant les vaccins nécessaires aux CSSS pour leurs activités d'immunisation avec un souci constant de la qualité des produits immunisants.

Campagne de vaccination de rattrapage contre la rougeole

Au cours de l'année 2012-2013, la campagne provinciale de rattrapage de la vaccination contre la rougeole s'est poursuivie dans les écoles primaires et secondaires en raison d'une éclosion provinciale de rougeole survenue en 2011. La région n'a pas été touchée par cette éclosion : aucun cas n'est survenu en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine durant la période de l'éclosion. En raison de tous les efforts déployés, la région a dépassé l'objectif à atteindre en obtenant une couverture vaccinale de 97 % pour les élèves du primaire et du secondaire. La cible à atteindre était fixée à 95 %, ce qu'un grand nombre de régions du Québec n'est pas parvenu à atteindre.

Protection de la santé de la population

Maladies à déclaration obligatoire

La DSP exerce une responsabilité à l'égard de la protection de la santé publique en lien avec les maladies à déclaration obligatoire (MADO). En 2012, un total de 298 déclarations ont été inscrites au fichier des MADO de notre région.

Chaque déclaration fait l'objet d'une intervention selon la maladie en cause : saisie au fichier des MADO, activités de surveillance et de vigie, enquêtes épidémiologiques, interventions à caractère préventif telles que vaccination, chimioprophylaxie, counseling et suivis. Plusieurs collaborations essentielles sont effectuées avec divers partenaires du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que d'autres organismes. Un service de garde 24/7 pour les urgences infectieuses et environnementales est aussi offert pour la région.

De toutes les MADO de l'année 2012, ce sont les infections génitales à C. trachomatis qui dominent avec un nombre de 177 cas. Les infections entériques viennent en second rang avec 82 cas.

Surveillance de l'influenza communautaire

La surveillance de l'influenza dans la communauté est en cours depuis 2004-2005. Grâce à la participation volontaire des laboratoires des CSSS du territoire, il est possible de connaître, tout au long de la saison, l'indice de l'activité grippale dans la région.

Les laboratoires transmettent le nombre de résultats positifs pour l'influenza des types A et B à partir des tests effectués dans leurs centres hospitaliers respectifs. L'activité grippale a débuté tôt en décembre 2012. Un pic d'activité est survenu en janvier et février 2013, suivi d'une diminution constante depuis.

Signalements

L'équipe en maladies infectieuses reçoit plusieurs appels annuellement de la part d'intervenants du réseau de la santé, d'organismes variés ou de membres de la population en général pour signaler des situations particulières. Les interventions de santé publique doivent s'adapter aux situations présentées (infestations aux punaises de lit, cas de gale, infestations aux poux, morsures d'animaux, etc.).

Communications

L'équipe de protection de la santé publique continue de produire un rapport annuel portant sur les maladies à déclaration obligatoire (MADO). Ce rapport présente l'état de situation régional, par le biais du bulletin Vecteur Santé qui est diffusé en version électronique seulement depuis 2012. Différents sujets d'intérêt en matière de protection de la santé publique y sont également traités.

Infections nosocomiales

Surveillance

Au cours de l'année 2012-2013, il y a eu deux éclosions d'ERV (entérocoque résistant à la vancomycine) dans deux CSSS différents.

Il y a eu deux éclosions de diarrhée à Clostridium difficile (DACD) dans un même CSSS. Dans les cinq CSSS de la région, les taux observés de DACD varient de 0,7 à 7,7/10 000 j-p, le taux moyen étant de 4,06/10 000 j-p. Ce taux est acceptable, considérant le fait que nous sommes dans une petite région et que l'effet des petits nombres a une forte répercussion sur nos taux.

En ce qui concerne le Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (SARM), il y a eu quatre éclosions : trois éclosions dans un même CSSS et une dans un autre CSSS de la région.

Contrairement à l'année 2011-2012 où il n'y avait eu aucune éclosion d'influenza dans la région, l'année 2012-2013 a été plus mouvementée dans nos établissements avec huit éclosions touchant quatre des cinq CSSS. Le début de cette saison grippale a été précoce partout au Québec, comparativement aux saisons précédentes. Une activité grippale très élevée a été observée durant les Fêtes. La souche prédominante a été le sous-type A (H3N2) inclus dans le vaccin contre la grippe. Le taux de vaccination du personnel soignant était variable d'un CSSS à l'autre, certains établissements ayant connu une amélioration de leur couverture vaccinale, alors que d'autres ont noté une légère baisse de cette mesure préventive. De façon générale, la couverture vaccinale de la clientèle en CHSLD est très satisfaisante.

Enfin, mentionnons la présence de plusieurs éclosions de gastroentérite. Au total, il y eut neuf éclosions pour les cinq CSSS. Le nombre de cas varie entre 6 et 36 selon les éclosions.

L'implantation de NOSOKOS, un outil informatique pour la surveillance des infections nosocomiales a débuté à l'automne 2011 et s'est poursuivi en 2012-2013. Actuellement, l'installation de NOSOKOS est terminée pour trois CSSS de la région : Baie-des-Chaleurs, Côte-de-Gaspé et Rocher-Percé. Pour les deux autres CSSS (Les Îles et Haute-Gaspésie), l'implantation de l'outil est en cours et se terminera d'ici la fin de l'année 2013.

Soutien-conseil

L'équipe en maladies infectieuses de la DSP assume un rôle de soutien-conseil auprès des infirmières et des médecins des CSSS dans le dossier des infections nosocomiales. Les infirmières en prévention des infections (IPI) et les gestionnaires peuvent contacter la DSP en tout temps afin d'obtenir du soutien en expertise sous diverses formes.

Table régionale de prévention des infections nosocomiales (TRPIN)

La TRPIN a poursuivi ses travaux au cours de l'année 2012-2013. Trois rencontres de la Table ont eu lieu durant cette période. Cette structure permet la formation continue des infirmières en prévention des infections (IPI), le partage d'expertise, l'échange d'outils ainsi que la mise en commun des enjeux, qui peuvent ensuite être portés à un niveau régional.

VIH-Sida, hépatites virales et infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)

Promotion de comportements préventifs au regard des ITSS

Population en général

En continuité des actions menées au cours des années précédentes, la diffusion du matériel d'information portant sur la prévention des ITSS et les conséquences de ces infections, ainsi que la distribution de condoms se sont poursuivies. La DSP s'associe également aux campagnes d'information et de sensibilisation nationales portant sur ces sujets.

Afin d'informer et de sensibiliser la population aux réalités telles que l'homosexualité, la diversité sexuelle et les conséquences de l'homophobie, la DSP a diffusé le matériel promotionnel de l'organisme Gai-Écoute, et promeut l'existence de ses divers services, dont sa ligne d'écoute. De plus, le Réseau des AlliéEs adulte et jeunesse continue son essor à un niveau régional.Les organismes communautaires, les établissements du réseau de la santé et des services sociaux et le milieu scolaire sont les principaux partenaires de la DSP.

Éducation à la sexualité et prévention des ITSS en milieu scolaire francophone et anglophone

La DSP a maintenu le soutien offert depuis plusieurs années aux intervenants jeunesse des CSSS (CLSC) et à ceux des établissements scolaires dans leur travail de prévention des ITSS et d'éducation à la sexualité, et ce, dans la perspective du Programme de formation de l'école québécoise.

Les principales activités réalisées sont :

- Les services-conseils et l'accompagnement par une sexologue auprès des partenaires scolaires et du réseau de la santé;
- La bonification et diffusion aux équipes-écoles d'une planification « plancher » en éducation à la sexualité commune à l'ensemble des écoles de la Gaspésie;
- La mise à jour de la banque d'outils en éducation à la sexualité accessible pour le milieu scolaire et les intervenants jeunesse des CSSS;
- L'animation de plusieurs rencontres de planification en éducation à la sexualité avec le milieu scolaire et les intervenants jeunesse des CSSS;
- La participation à diverses tables régionales et locales, de même qu'à des comités avec nos partenaires, afin de soutenir et bonifier notre offre d'accompagnement. Notamment, une mise à jour des outils d'intervention en éducation à la sexualité pour les infirmières jeunesse des CSSS se poursuit;
- La publication de deux numéros du Sex'Primeur et du Sexpress, lesquels constituent les bulletins régionaux de liaison et d'information sur l'éducation à la sexualité;
- L'organisation de la tournée de la pièce de théâtre Pas de bébé, pas de bibittes pour les milieux scolaires francophones et anglophones en prévention des ITSS et des grossesses à l'adolescence;
- L'élaboration de données statistiques spécifiques par secteur de MRC sur les comportements sexuels des jeunes (EQSJS 2010-2011) permettant, entre autres, une planification plus ciblée des interventions de sensibilisation et de promotion en éducation à la sexualité.

Prévention auprès des groupes vulnérables

Adolescentes et adolescents d'orientation homosexuelle et bisexuelle

La DSP continue d'offrir de la formation et de la sensibilisation aux intervenants jeunesse des CSSS et des intervenants scolaires en matière d'orientation sexuelle et d'homophobie.

Entre autres, nous comptons sur :

- L'expansion du Réseau des AlliéEs jeunesse, dont le but est de contrer l'homophobie en milieu scolaire et communautaire. Il regroupe plus de 35 intervenants jeunesse, tels des enseignants, infirmières, orthopédagogues, éducateurs spécialisés, travailleurs sociaux, travailleurs de rue, intervenants communautaires, psychologues, etc.;
- La promotion et la référence à d'autres organisations de lutte à l'homophobie, tels le GRIS Gaspésie, les organismes LGBT, Tel-jeunes, etc.

Accessibilité aux condoms

Des milliers de condoms et des sachets individuels de lubrifiant ont été distribués gratuitement dans toutes les écoles et les maisons de jeunes de la région. Également, le renouvellement d'une quinzaine de distributrices de condoms dans six polyvalentes francophones et anglophones de notre territoire est terminé (phase 1). Cette démarche se poursuivra au cours de la prochaine année (phase 2).

Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH)

Afin de favoriser la santé et le bien-être des HARSAH de notre région, notamment au regard des ITSS, la DSP poursuit la mise en œuvre d'un processus comprenant un ensemble d'actions visant :

- Une meilleure adaptation des services sociaux et de santé existants aux réalités de cette population;
- Le développement de nouveaux services destinés à cette population;
- La lutte contre l'homophobie, notamment afin de contribuer à faire de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine un milieu propice au développement et au maintien de conditions favorables à la santé et au mieux-être des lesbiennes, des gais, des personnes bisexuelles, bispirituelles et transgenres (LGBT).

Principales actions déployées par la DSP au cours de l'année sont :

- Le développement et la consolidation du Réseau régional des AlliéEs des LGBT qui compte maintenant près de 90 membres;
- Le recrutement et la formation de nouveaux membres;
- La promotion du réseau, notamment sur le Web;
- La mise à jour et la diffusion du Répertoire régional des AlliéEs des LGBT.

Mise à jour des connaissances, du savoir-faire et du savoir-être des membres du Réseau régional des AlliéEs des LGBT (adulte) :

- L'information continue au sujet des nouveautés, ressources etc.;
- L'atelier de perfectionnement sur le thème le *Coming out* aux diverses étapes de la vie adulte.

Dans le but de faire connaître et inciter les LGBT de la région à recourir aux services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS (SIDEP), offerts dans chaque CSSS par des infirmières :

- Faire la promotion de ces services, notamment dans le réseau de la santé et des services sociaux, le Réseau régional des AlliéEs des LGBT et auprès des associations LGBT;
- Outiller les infirmières SIDEP afin qu'elles poursuivent leurs activités en dehors des murs des CSSS, notamment auprès des associations LGBT.

Afin de sensibiliser et d'informer la population relativement aux méfaits de l'homophobie :

- Diffusion du matériel promotionnel de la Journée internationale contre l'homophobie;
- Soutien à l'organisation et participation aux activités de la Journée internationale contre l'homophobie.

Appui aux associations LGBT dans la mise en œuvre de leurs activités :

- Formation *Pour une nouvelle vision de l'homosexualité* et atelier sur le *coming out* aux diverses étapes de la vie adulte;
- Soutien financier;
- Publicisation de ces ressources régionales.

Personnes utilisatrices de drogues injectables (UDI)

Au cours de la dernière année, la DSP a poursuivi la distribution de matériel promotionnel visant la prévention du VIH et de l'hépatite C chez les UDI et la distribution, dans les pharmacies et les CSSS de la région, d'environ 580 trousses permettant de réaliser quatre injections sécuritaires de drogue.

Personnes séropositives et sidéennes et leur entourage

À l'heure actuelle, en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, il n'y a pas d'organisme communautaire travaillant auprès des personnes séropositives et sidéennes et de leur entourage. Pour répondre à leurs besoins, la DSP a poursuivi l'entente de service avec l'organisme Mouvement d'aide et d'information (MAINS) du Bas-Saint-Laurent.

Les services dispensés par cet organisme dans le cadre de cette entente sont les suivants :

- Accueil-référence téléphonique de la clientèle gaspésienne et madelinienne aux prises avec le VIH-Sida s'adressant à l'organisme;
- Offre de participation, aux personnes de la région qui la requièrent, aux activités sociales et d'information organisées dans la région de Rimouski.

Population carcérale

La DSP a maintenu son soutien (information, matériel, etc.) aux intervenantes des CSSS travaillant au Centre de détention de New Carlisle et à celui de Percé. Les infirmières travaillant dans ces établissements ont assisté à la formation *La prévention des ITSS : la contribution des infirmières* qui leur permet d'effectuer le dépistage des ITSS selon les normes québécoises. Une rencontre de suivi des interventions de lutte aux ITSS en milieu carcéral a également eu lieu à l'été 2012 avec les deux gestionnaires des CSSS responsables des services de santé dans les établissements de détention.

La formation Mieux contribuer à la lutte aux ITSS : Enjeux et défis en milieu correctionnel, donnée par l'Institut national de santé publique, a été offerte aux agents correctionnels de l'Établissement de détention de New Carlisle, à l'automne 2012.

Populations autochtones

Dans la perspective de contribuer à ce que les populations autochtones de notre territoire aient accès à des services de lutte aux ITSS de qualité, la DSP répond aux demandes d'information et de matériel (ex. : condoms, trousses pour les UDI) des infirmières et des infirmiers travaillant sur les réserves de Gesgapegiag et de Listiguj. Certaines d'entre elles ont participé à la formation *La prévention des ITSS : la contribution des infirmières*.

Services intégrés de lutte contre les ITSS

Dans l'optique d'améliorer ou de consolider les services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS (SIDEP) dispensés par les centres de santé et de services sociaux de la région, la DSP a mis en œuvre les actions suivantes :

- Participation au financement des services SIDEP (intra et extra muros) pour faire en sorte que ces services soient disponibles au moins cinq demi-journées par semaine ou l'équivalent;
- Support aux infirmières SIDEP dans leur travail clinique et de proximité;
- Rencontre régionale annuelle au cours de laquelle les infirmières ont reçu la formation *La prévention des ITSS : la contribution des infirmières*.

Dans le but de faire connaître la gamme des services SIDEP (intra et extra muros) à la population en général et aux personnes les plus vulnérables en particulier, la DSP a poursuivi la publicisation des services offerts par les SIDEP d'une part, lors des formations qu'elle a organisées avec les associations LGBT et le Réseau régional des AlliéEs des LGBT et d'autre part, par la distribution du matériel régional (affiche promotionnelle et cartons-pochettes) et par le site Web : www.itssgim.com.

DOMAINE 5
LA SANTÉ ENVIRONNEMENTALE

Les maladies liées à la qualité de l'air extérieur et intérieur

Exposition aux contaminants présents dans l'air extérieur

En 2012, la DSP a eu à traiter plusieurs demandes d'information et des plaintes de la part des citoyens en lien avec des nuisances telles que les émissions d'odeurs nauséabondes ou de fumées liées aux activités de certaines entreprises.

Exposition aux contaminants présents dans l'air intérieur

Cette année, la DSP a répondu à 23 demandes en lien avec la qualité de l'air intérieur. Les demandes concernaient des problèmes de moisissures, d'insalubrité, de produits isolants pour la maison (mousse d'urée formaldéhyde, amiante) et le radon. Deux demandes ont été traitées en collaboration avec l'équipe de santé au travail.

Les autres maladies d'origine environnementale

Exposition aux contaminants présents en milieu hydrique

Dans le cadre du mandat confié au directeur de santé publique par le règlement sur la qualité de l'eau potable, 80 interventions ont été effectuées en rapport avec des signalements de non-conformité ou de retour à la conformité des réseaux d'approvisionnement en eau potable. Au cours de l'année, douze avis en lien avec la qualité de l'eau ont été envoyés à Info-Santé. Une dizaine de demandes d'information spécifique ou demandes d'avis de la part des partenaires (CLSC, ministère du Développement durable, de l'Environnement, de la Faune et des Parcs [MDDEFP], médecins) et de la population concernant les contaminants présents dans l'eau et les risques à la santé ont été traitées.

Les intoxications d'origine environnementale

Dans le cadre des activités prévues lors de la survenue d'un cas de maladie ou d'une intoxication à déclaration obligatoire, la DSP a reçu et effectué une enquête pour seize signalements d'exposition potentielle au monoxyde de carbone d'origine environnementale. Aux termes des enquêtes, six cas répondaient aux définitions nosologiques et ont été retenus comme des intoxications à déclaration obligatoire.D'ailleurs, à la suite d'un incident impliquant l'utilisation d'explosifs sur un chantier routier à proximité d'une résidence, lequel a causé une intoxication sévère de deux résidents, la DSP a travaillé en collaboration avec le Service des incendies de la municipalité impliquée, la CSST, le MDDEFP et la Sécurité civile. À la suite de cet événement, la DSP a contacté et demandé à toutes les municipalités du territoire de respecter les lignes directrices concernant les travaux à l'explosif.

L'ensemble des maladies d'origine environnementale

Amélioration des milieux de vie et développement durable

Au cours de l'année 2012, la DSP a suivi les travaux du comité de bassin versant de la rivière Bonaventure et du conseil de l'eau Gaspésie sud. La DSP a aussi répondu aux demandes des partenaires dans le cadre des activités suscitées par les travaux d'exploration pour des hydrocarbures dans le secteur de Gaspé.

Par ailleurs, la DSP a émis des commentaires dans le cadre du processus d'évaluation environnementale pour les projets des parcs éoliens Le Plateau 2, Des Moulins Phase 2, le Mont Rothery, des projets de restauration des sédiments au port de Gaspé et de restauration des terrains de l'ancienne usine Gaspésia à Chandler. Elle a aussi participé à la consultation sur le plan directeur de l'eau de la rivière Bonaventure et aux consultations menées par les conseils de l'eau du sud et du nord de la Gaspésie. Des commentaires ont aussi été faits dans le cadre des projets de révision des schémas d'aménagement et de développement ainsi que des modifications des règlements de contrôle intérimaire pour les diverses MRC du territoire.

Interventions lors de situations inhabituelles et mesures d'urgence

Au cours de la dernière année, l'équipe de santé environnementale a travaillé en collaboration étroite avec l'équipe des mesures d'urgence de l'Agence lors des inondations à la suite de fortes pluies. Elle est aussi intervenue lors d'un incident dans un laboratoire d'une école secondaire.

La DSP a aussi répondu à quinze demandes provenant du public ou des partenaires concernant des situations ayant une composante environnementale, dont deux demandes ayant trait à la présence d'espèces indésirables (souris, punaises).

DOMAINE 6
LA SANTÉ AU TRAVAIL

L'équipe de santé au travail de la DSP a supporté, à l'échelle de la région, les interventions effectuées par les ressources en santé au travail des CLSC. Ces interventions ont rejoint plus de 2 000 travailleurs provenant de différents secteurs d'activité. Celles-ci ont été réalisées dans plusieurs cadres d'activité tels que :

- Élaborer, mettre à jour et appliquer les programmes de santé spécifiques aux établissements (PSSE) prévus dans le cadre de la Loi sur la santé et la sécurité du travail;
- Mettre en application les programmes d'intervention nationaux élaborés conjointement, à l'échelon provincial, par la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) et le réseau de la santé;
- Appliquer les programmes à caractère régional;
- Répondre à des demandes d'intervention ponctuelle formulées par les entreprises de la région;
- S'acquitter des mandats spéciaux confiés au réseau de la santé par la CSST.

Programmes de santé spécifiques

Au cours de la période 2012-2013, 75 établissements de la région ont pu bénéficier d'interventions prodiguées par les équipes de santé au travail des CLSC dans le cadre du programme de santé spécifique à l'établissement. Plusieurs activités composent un programme de santé spécifique, à savoir des activités d'identification et d'évaluation des risques, de surveillance médicale et environnementale, des activités d'information, un support aux entreprises au chapitre des premiers secours et premiers soins, de même que le soutien à la gestion de la santé et sécurité au travail. Plusieurs thématiques et secteurs d'activité économique sont touchés par ces programmes.

Programmes d'intervention nationaux

L'équipe régionale de la DSP a par ailleurs coordonné l'application de programmes-cadres provinciaux appelés programmes d'intervention nationaux. Au cours de la dernière année, un seul programme s'appliquait à notre région et celui-ci a porté sur la thématique suivante :

Silice établissement

Ce programme consiste à faire l'évaluation de l'exposition des travailleurs des secteurs de la transformation du granit et autres produits connexes.

Programmes régionaux

Des programmes à caractère régional ont également été réalisés ou mis sur pied pour les prochaines années. Parmi ceux-ci, soulignons notamment :

Projet manutention

Ce projet est un programme d'intervention sur la prévention des troubles musculo-squelettiques (TMS) en manutention dans les établissements. Les activités de manutention représentent un pourcentage important de l'ensemble des TMS déclarés dans la région Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine. Les intervenants de santé au travail ont été formés sur cet aspect particulier du développement des TMS. Des établissements ont été ciblés et les activités de prévention sont en cours.

Projet régional bruit

Il s'agit d'un projet régional visant la réduction du bruit à la source. Débuté en 2012, quelques entreprises ont été ciblées. Cette année dix postes de travail ont été évalués.

Demandes du milieu

De plus, durant cette même période, 236 demandes de service provenant de 142 établissements ont été traitées par les équipes de santé au travail. La majorité des demandes provenaient des milieux de travail (employeurs ou travailleurs). La nature de ces demandes était liée principalement aux problèmes ergonomiques constatés dans les établissements. Les principaux secteurs d'activité économiques d'où proviennent ces demandes sont les services médicaux et sociaux (34 %), l'enseignement (21 %), l'administration publique (19 %) et les services commerciaux (11 %).

Mandats spéciaux

Programme pour une maternité sans danger

L'application de ce programme s'appuie sur certains principes : assurer aux travailleuses enceintes la protection prévue par la loi et, parallèlement, supporter les employeurs dans leurs efforts visant à permettre l'affectation des travailleuses concernées à des tâches compatibles avec leur état de grossesse. Pour la période 2012-2013, 335 rapports de consultation médico-environnementale ont été complétés par l'équipe de santé au travail du CLSC mandataire. Ces rapports ont été acheminés aux médecins traitants des travailleuses désirant se prévaloir de ce programme.

Application du Règlement sur les examens de santé pulmonaire des travailleurs des mines et carrières

Ce règlement prévoit que les travailleurs à l'emploi d'entreprises exploitant une mine ou une carrière doivent passer un examen médical et une radiographie des poumons tous les trois ans, lorsqu'il y a présence de silice.

Le but de ces examens est de faire un dépistage précoce de la silicose, une maladie pulmonaire grave pouvant affecter les travailleurs lorsqu'ils sont exposés à de la silice. Au printemps 2013, le bilan de cette opération triennale est le suivant : 61 travailleurs ciblés ont passé la radiographie pulmonaire prescrite, 58 travailleurs ont passé l'examen requis et 58 certificats de conformité ont été émis.

Maladies à déclaration obligatoire (MADO)

Certaines intoxications, infections ou maladies telles que l'amiantose, la silicose, l'asthme professionnel et les intoxications au monoxyde de carbone sont à déclaration obligatoire. Les équipes de santé au travail, à la demande du directeur de santé publique, font des enquêtes, une surveillance et un suivi dans l'établissement afin de s'assurer que le risque est éliminé ou contrôlé ou que le travailleur est protégé.

Pour la période 2012-2013, dix nouveaux cas de MADO d'origine chimique ont été rapportés à l'équipe de santé au travail de la DSP. Parmi ces cas, huit ont été déclarés par le Comité spécial des maladies pulmonaires professionnelles (CSMPP) : quatre cas d'asthme d'origine professionnelle, trois cas d'amiantose, un cas de silicose. De plus, un cas d'intoxication au plomb et un au monoxyde de carbone en lien avec le travail ont également été déclarés.

En résumé

Plus de 500 interventions auront été réalisées dans le cadre de ces divers programmes et services.

Année 2012-2013 (1er avril 2012 au 31 mars 2013)	Nombre d'interventions	Nombre d'établissements différents
Surveillance environnementale	38	30
Surveillance médicale	67	35
Information	104	73
Surveillance des risques de TMS[1]	134	94
Premiers secours – Premiers soins	45	42
Intervention générale	87	74
Soutien à la gestion de la santé et sécurité au travail	35	29

[1] Troubles musculo-squelettiques

Autres activités

Stratégie de développement des communautés

Comme le stipulait le PNSP 2003-2012 (MSSS, 2003) :

> « [...] le pouvoir de l'individu de changer ses habitudes de vie ou de maîtriser sa situation de vie au regard de sa santé et de son bien-être tient non seulement à sa volonté et à sa capacité d'agir mais aussi aux conditions présentes dans son environnement immédiat – environnement socioéconomique, physique, social et culturel. Le lieu même où habitent les personnes a un effet sur leur santé » (p. 70).

En conséquence logique, une stratégie faisant appel à la responsabilité collective face à ces conditions de santé et de bien-être trouve sa place au cœur des stratégies de santé publique. Elle implique une capacité collective à cerner et, ultimement, corriger des réalités sociales ou environnementales qui portent atteinte à la santé et au bien-être d'individus, de groupes, voire d'entités sociales entières (quartier, village, ville, MRC, région, etc.).

De manière à situer le développement des communautés comme stratégie d'action collective à l'intérieur du champ de la santé publique dans notre région, le conseil d'administration de l'Agence a adopté, au cours de 2012-2013, le Cadre de référence en soutien au développement des communautés. Un plan de travail visant la mise en œuvre du cadre de référence couvrant la période 2013-2015 a aussi été élaboré en collaboration notamment avec les intervenants en organisation communautaire des CSSS.

Par ailleurs, en cohérence avec ses travaux au regard de la stratégie de développement des communautés, la DSP a pris une part très active au processus de création d'une instance régionale en développement social mené depuis quelques années par la CRÉ, avec le concours de l'Agence et de celui de plusieurs partenaires régionaux des secteurs d'activité concernés (ex : ROCGIM, Éducation, Emploi et Solidarité sociale, Commission jeunesse, OPHQ, etc.).

Surveillance de l'état de santé de la population

En 2001, la Loi sur la santé publique (LSP) a reconnu la surveillance continue de l'état de santé de la population comme une des fonctions essentielles de santé publique. La fonction de surveillance s'effectue principalement par des activités de collecte, d'analyse et d'interprétation de données, ainsi qu'à travers une diffusion de celles-ci à la population et aux nombreux partenaires, dont l'action a une incidence sur l'état de santé et de bien-être.

Production des rapports de l'Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire : Volet 1

L'Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire (EQSJS) s'inscrit dans le cadre de la mise en œuvre du Plan commun de surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants 2004-2007 et du Plan ministériel d'enquêtes sociales et de santé. Près de 63 000 jeunes du secondaire, dans seize régions sociosanitaires, ont participé à cette enquête réalisée par l'Institut de la statistique du Québec, dans le cadre d'un mandat qui lui a été confié par le MSSS. Pour la région, ce sont 3 804 des 4 183 élèves du secondaire qui ont participé à l'étude. Pour constituer cet échantillon, 17 écoles ont été sélectionnées de manière aléatoire et proportionnelle à leur taille (les plus populeuses ayant plus de chance d'être choisies) parmi les 21 offrant l'enseignement secondaire. Toutes les écoles sélectionnées ont accepté de prendre part à l'enquête (15/15 francophones et 2/6 anglophones). Ensuite, tous les élèves des écoles participantes ont été invités à participer à l'enquête, soit un total de 4 183 élèves. Le taux de participation avoisine donc les 91 % (88 % au Québec). Le but de l'EQSJS était de connaître et d'évaluer la santé et le bien-être des élèves du secondaire en portant une attention particulière à leurs habitudes de vie et à leur santé physique (volet 1 de l'enquête), ainsi qu'à leur santé mentale et psychosociale (volet 2 dont les résultats régionaux seront connus au début de 2014).

Au cours de 2012-2013, la DSP a produit et a rendu public un rapport régional du volet 1 de l'EQSJS. Un rapport pour chacun des réseaux locaux de services est actuellement en cours de rédaction.

Production d'une analyse de l'indice collectif de défavorisation matérielle et sociale

Un indice collectif de défavorisation matérielle et sociale a été développé au Québec à partir d'informations socio-économiques issues du recensement canadien. Cet indice géographique permet notamment d'identifier les secteurs les plus défavorisés aux plans matériel et social en comparaison à un territoire donné. Au cours de l'année, la DSP s'est penchée sur cet indice afin de décrire l'ampleur de la défavorisation matérielle et sociale dans la région de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, en comparaison au reste du Québec. Ensuite, en se référant uniquement au territoire de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, l'ampleur de la défavorisation a été décrite dans chacun des réseaux locaux de services de la région. En conclusion de cette analyse, la DSP a pu conclure ce qui suit :

> « Selon les résultats obtenus à l'échelle provinciale, 74 % de la population de la région de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine habite une aire de diffusion qui se classe dans le quintile le plus défavorisé matériellement. En contrepartie, près des deux tiers (62 %) de la population régionale demeure dans un milieu classé dans les deux quintiles les moins défavorisés (plus favorisés) socialement. [...] L'indice collectif de défavorisation matérielle et sociale caractérise le statut socio-économique du lieu de résidence d'une personne et non sa situation personnelle.

Ce faisant, il faut demeurer prudent lors de l'interprétation des données associées à cette mesure puisqu'il est possible qu'une personne favorisée habite une aire de diffusion classée comme défavorisée. [...] Comme la santé des individus et des communautés est influencée par leur statut socio-économique, ces données peuvent nous aider à identifier les zones géographiques de notre région à surveiller davantage sur le plan de la santé. Malgré tout, quand vient le temps d'identifier les milieux ou les personnes les plus défavorisées en vue de leur offrir des services, ou de proposer certaines interventions dans la communauté, cette connaissance statistique a tout avantage à être complétée par celle qu'ont les intervenants vivant et travaillant dans le milieu. » (Jalbert, Lisa-Marie, 2013, p. 7) »

Production d'une analyse de concordance entre l'indice collectif de défavorisation matérielle et les mesures individuelles

Dans la foulée de l'analyse précédente, la DSP a aussi étudié la concordance entre l'indice collectif de défavorisation matérielle et les mesures individuelles du statut socioéconomique (revenu, scolarité, statut d'emploi). Ces mesures individuelles ont été tirées de l'Enquête québécoise sur la santé de la population 2008, tout comme l'indice de défavorisation matérielle. L'objectif de ce travail était d'évaluer, pour la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, la validité de l'indice de défavorisation matérielle de Pampalon-Raymond par une analyse de concordance entre cet indice et des mesures individuelles. Les résultats de ce travail ont fait ressortir les limites et les faiblesses de l'indice de Pampalon-Raymond, lorsque qu'il est utilisé dans une région rurale comme la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine. Des recommandations ont été formulées pour tracer des balises permettant un usage prudent de celui-ci pour notre région.

Section 4

États financiers condensés

RAPPORT DE LA DIRECTION

Le 1er septembre 2013

Les états financiers condensés de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine ont été dressés par la direction qui est responsable de leur préparation et de leur présentation fidèle, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées respectant les normes comptables canadiennes pour le secteur public et 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. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôle interne qu'elle considère comme nécessaire en vue de fournir l'assurance raisonnable que les biens sont protégés et que les opérations sont comptabilisées correctement et en temps voulu, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent la préparation d'états financiers exempts d'anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs.

L'Agence reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le conseil d'administration doit surveiller la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et doit approuver 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.

La firme Raymond Chabot Grant Thornton a procédé à l'audit des états financiers de l'Agence, conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada, et son rapport de l'auditeur expose l'étendue et la nature de cet audit et l'expression de son opinion. La firme Raymond Chabot Grant Thornton peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne son audit.

La présidente-directrice générale,

Yolaine Galarneau, M.D.

Le directeur des ressources financières, matérielles et informationnelles,

Yves Whittom

RAPPORT DU VÉRIFICATEUR SUR LES ÉTATS FINANCIERS CONDENSÉS

Raymond Chabot Grant Thornton

Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés

Raymond Chabot Grant Thornton
S.E.N.C.R.L.
9-1, rue Adams
Gaspé (Québec) G4X 1E5

Téléphone : 418 368-5576
Télécopieur : 418 368-6942
www.rcgt.com

Aux membres du conseil d'administration de
Agence de la santé et des services sociaux
de la Gaspésie – Iles-de-la-Madeleine

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2013 et les états des résultats, des surplus cumulés, de la variation des actifs financiers nets et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date ainsi que les notes complémentaires pertinentes, sont tirés des états financiers audités de Agence de la santé et des services sociaux de la Gaspésie - Iles-de-la-Madeleine pour l'exercice terminé le 31 mars 2013. Nous avons exprimé une opinion avec réserve sur ces états financiers dans notre rapport daté du 13 juin 2013 (voir ci-dessous). Ni ces états financiers ni les états financiers résumés ne reflètent les incidences d'événements survenus après la date de notre rapport sur ces états financiers.

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 donc se substituer à la lecture des états financiers audités de Agence de la santé et des services sociaux de la Gaspésie – Iles-de-la-Madeleine.

Responsabilité de la direction pour les états financiers résumés

La direction est responsable de la préparation d'un résumé des états financiers audités conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire 2011-027 (03.01.61.26) publiée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS).

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 ».

Comptables professionnels agréés
Membre de Grant Thornton International Ltd.

Opinion

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités de Agence de la santé et des services sociaux de la Gaspésie – Iles-de-la-Madeleine pour l'exercice terminé le 31 mars 2013 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire 2011-027 (03.01.61.26) publiée par le MSSS. Cependant, les états financiers résumés comportent une anomalie équivalente à celle des états financiers audités de Agence de la santé et des services sociaux de la Gaspésie – Iles-de-la-Madeleine pour l'exercice terminé le 31 mars 2013.

L'anomalie que comportent les états financiers audités est décrite dans notre opinion avec réserve formulée dans notre rapport daté du 13 juin 2013. Notre opinion avec réserve est fondée sur le fait que, comme exigé par le MSSS, les contrats de location d'immeubles conclus avec la Société immobilière du Québec sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation alors que, selon la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2, « Immobilisations corporelles louées », il s'agit plutôt de contrats de location-acquisition. Les incidences de cette dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers aux 31 mars 2013 et 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, les états financiers audités donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière de Agence de la santé et des services sociaux de la Gaspésie – Iles-de-la-Madeleine au 31 mars 2013 ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de sa dette nette, de ses gains et pertes de réévaluation et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

[1]

Gaspé
Le 26 juin 2013

---

[1] CPA auditeur, CA permis de comptabilité publique n° A113277

Fonds d'exploitation

Exercice terminé le 31 mars 2013 - AUDITÉE

RÉSULTATS

	Activités principales		Activités accessoires	
	Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Exercice courant 3	Exercice précédent 4
REVENUS DE SUBVENTION DU MSSS				
Budget signifié	5 600 461	5 677 521	75 031	111 764
(Diminution) ou augmentation du financement	399 110	158 801		
Variation des revenus reportés - MSSS		69 662	2 797	17 564
Variation de la subvention à recevoir relative aux avantages sociaux futurs	8 169			
Total Subventions MSSS	6 007 740	5 905 984	77 828	129 328
AUTRES REVENUS				
Revenus de placements	79	5 450	19 934	19 849
Revenus de type commercial	xxxx	xxxx	12 023	1 049
Revenus d'autres sources				
Ventes de services et recouvrements	191 129	268 167	192 925	194 583
Subventions Gouvernement du Canada				
Autres revenus	184 398	142 322	513 670	326 085
TOTAL DES REVENUS	6 383 346	6 321 923	816 380	670 894
CHARGES				
Salaires	3 656 867	3 766 758	87 002	81 945
Avantages sociaux	914 753	833 670	19 360	19 356
Charges sociales	487 685	482 676	11 847	11 315
Frais de déplacement et de représentation et dépenses C.A.	277 226	273 198	xxxx	xxxx
Services achetés	278 015	276 055	96 794	9 992
Publicité et communication	140 390	195 111	11 476	58 650
Loyers	116 469	91 326	3 071	1 764
Location d'équipement	10 465	11 607	102	107
Fournitures de bureau	46 354	51 733	2 643	1 726
Dépenses de transfert	28 345	6 000	364 342	141 339
Entretien et réparations	60 708	63 238	10 370	5 243
Frais financiers	200	225		
Créances douteuses				
Autres charges	210 120	236 981	202 597	300 214
Charges extraordinaires	xxxx	xxxx		
TOTAL DES CHARGES	6 227 597	6 288 578	809 604	631 651
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	155 749	33 345	6 776	39 243

Fonds des activités régionalisées — Exercice terminé le 31 mars 2013 - AUDITÉE

RÉSULTATS

	Exercice courant 1	Exercice précédent 2
REVENUS		
Crédits régionaux destinés aux établissements	1 488 525	1 536 274
Variation des revenus reportés - MSSS	(15)	199 176
Variation de la subvention à recevoir relative aux avantages sociaux futurs		
FINESSS		
Contributions des établissements	244 690	200 699
Revenus de placements	5 495	10 137
Revenus d'autres sources		
Ventes de services et recouvrements	101 716	98 537
Subventions Gouvernement du Canada		
Autres revenus	(19 985)	76 946
TOTAL DES REVENUS	1 820 426	2 121 769

CHARGES		
Salaires	463 577	438 856
Avantages sociaux	96 204	108 750
Charges sociales - Fonds des services de santé (FSS)	23 812	23 411
Charges sociales - autres	37 475	35 213
Frais de déplacement et de représentation	46 334	46 909
Services achetés	700 254	666 677
Publicité et communication	47 178	89 344
Loyers	13 848	7 952
Dépenses de transfert	9 687	
Fournitures de bureau	7 301	7 624
Entretien et réparations	7 576	8 414
Créances douteuses		
Autres charges	660 381	528 467
TOTAL DES CHARGES	2 113 627	1 961 617

SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	(293 201)	160 152

Fonds d'immobilisations — Exercice terminé le 31 mars 2013 - AUDITÉE

RÉSULTATS

	Exercice courant 1	Exercice précédent 2
REVENUS		
Ministère de la santé et des services sociaux		
Subvention pour le remboursement de la dette-capital	446 929	499 050
Subvention pour le remboursement de la dette-intérêts	935 929	1 034 678
Autres subventions		
Revenus de placements	(251)	344
Gains sur dispositions d'immobilisations		
Amortissement des revenus reportés		
Subventions Gouvernement du Canada		
Autres contributions et dons		
Autres revenus		(35 580)
TOTAL DES REVENUS	1 382 607	1 498 492

CHARGES		
Frais financiers		
Intérêts sur emprunts temporaires et sur la dette	938 968	1 039 658
Amortissement de la prime ou escompte sur la dette		
Amortissement des frais d'émission et de gestion liés aux dettes	14 503	13 803
Dépenses d'immobilisations non capitalisées		
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	72 204	
Services achetés	2 528	
Entretien et maintien des actifs		
Autres charges non capitalisées	14 113	78 560
Amortissement des immobilisations	598 514	594 429
Pertes sur dispositions d'immobilisations		
TOTAL DES CHARGES	1 640 830	1 726 450

SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	(258 223)	(227 958)

Fonds affectés cumulés — Exercice terminé le 31 mars 2013 - AUDITÉE

RÉSULTATS

	Exercice courant 1	Exercice précédent 2
REVENUS		
Subventions MSSS	20 217 925	18 811 231
Crédits régionaux	24 000	671 517
Variation des revenus reportés - MSSS	3 795	(113 803)
Variation de la subvention à recevoir relative aux avantages sociaux futurs	92	
FINESSS	1 091 221	1 084 980
Revenus de placements	25 037	25 468
Revenus d'autres sources		
Subventions Gouvernement du Canada		
Autres revenus	2 542 135	2 573 355
TOTAL DES REVENUS	23 904 205	23 052 748
CHARGES		
Dépenses de transfert	23 082 445	22 430 214
	xxxx	xxxx
Frais financiers		
Charges d'exploitation		
Salaires	191 005	168 800
Avantages sociaux	36 607	19 157
Charges sociales - Fonds des services de santé (FSS)	5 706	4 768
Charges sociales - Autres	10 750	8 518
Frais de déplacement et de représentation	10 161	17 892
Services achetés	221 139	141 004
Location d'équipement	120	121
Fournitures de bureau	14 152	12 466
Autres charges	106 169	147 503
TOTAL DES CHARGES	23 678 254	22 950 443
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	225 951	102 305

Fonds d'exploitation

Exercice terminé le 31 mars 2013 - AUDITÉE

SOLDE DE FONDS

	Activités principales 1	Avoir propre 2	Exercice courant (C.1 + C.2) 3	Exercice précédent 4
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	33 345	1 305 451	1 338 796	1 369 911
ACTIVITÉS PRINCIPALES	155 749		155 749	33 345
Transferts interfonds - EN provenance				
de Fonds affectés (+)	xxxx			
du Fonds des activités régionalisées (+)	xxxx			
du Fonds de stationnement (+)	xxxx			
Transferts interfonds - Affectations				
au Fonds d'immobilisations (-)	xxxx	(168 000)	(168 000)	(102 588)
à d'autres fonds (-)	xxxx	(5 791)	(5 791)	(1 115)
Surplus (Déficit) de l'exercice des activités accessoires (avant les contributions interfonds et de l'avoir propre)	xxxx	6 776	6 776	39 243
Transferts interfonds - EN provenance				
du Fonds de stationnement (+)	xxxx			
Transferts interfonds - Affectations				
au Fonds d'immobilisations (-)	xxxx			
au Fonds de stationnement (c-a 8610) (-)	xxxx			
à d'autres fonds (-)	xxxx			
AUTRES ÉLÉMENTS				
Libération de surplus	(33 345)	33 345		
Contributions de l'avoir propre aux autres fonds	xxxx			
Autres				
Variation de l'exercice	122 404	(133 670)	(11 266)	(31 115)
Redressements demandés par le MSSS				
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN	155 749	1 171 781	1 327 530	1 338 796

Fonds d'immobilisations
Fonds des activités régionalisées

Exercice terminé le 31 mars 2013 - AUDITÉE

SOLDE DE FONDS

	Fonds d'immobilisations		Fonds des activités régionalisées	
	Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Exercice courant 3	Exercice précédent 4
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT			586 071	508 665
Surplus (Déficit) de l'exercice (avant les contributions interfonds et de l'avoir propre)	(258 223)	(227 958)	(293 201)	160 152
Transferts interfonds - EN provenance du Fonds d'exploitation (+)	168 000	102 588	5 791	1 115
du Fonds des activités régionalisées (+)	11 799	101 522		2 189
de Fonds affectés (+)	937	23 848	1 190	17 621
du Fonds de stationnement (+)			xxxx	xxxx
Transferts interfonds - Affectations au Fonds d'exploitation (-)				
au Fonds des activités régionalisées (-)				(2 189)
à des Fonds affectés (-)				(1 732)
au Fonds d'immobilisations (-)	xxxx	xxxx	(11 799)	(101 522)
Autres transferts interfonds			515	1 772
Contribution de l'avoir-propre (+)				
Autres additions (déductions)			58	
Variation de l'exercice	(77 487)		(297 446)	77 406
Redressements				
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN	(77 487)		288 625	586 071

Fonds affectés cumulés — Exercice terminé le 31 mars 2013 - AUDITÉE

SOLDE DE FONDS

	Exercice courant 1	Exercice précédent 2
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	991 011	930 218
Additions (déductions)		
Surplus (Déficit) de l'exercice	225 951	102 305
Transferts interfonds - EN provenance		
du Fonds d'exploitation (+)		
du Fonds des activités régionalisées (+)		1 732
de Fonds affectés (+)		
Transferts interfonds - Affectations		
au Fonds d'exploitation (-)		
au Fonds des activités régionalisées (-)	(1 190)	(17 623)
à d'autres Fonds affectés (-)		
au Fonds d'immobilisations (-)	(937)	(23 848)
Autres transferts interfonds	(58)	
Autres additions (déductions)	(515)	(1 773)
Variation de l'exercice	223 251	60 793
Redressements		
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN	1 214 262	991 011

BILAN

	Fonds d'exploitation		Fonds des activités régionalisées	
	Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Exercice courant 3	Exercice précédent 4
ACTIF				
Encaisse	1 326 024	1 715 028	603 364	834 930
Placements temporaires				
Débiteurs				
MSSS	275 891	169 778	107 313	114 403
FINESSS	xxxx	xxxx		
Établissements publics	55 892	77 578	76 454	8 044
Gouvernement du Canada	61 320	41 503	30 409	14 792
Créances interfonds				
Autres débiteurs	260 125	562 081	54 512	47 594
Frais payées d'avance	13 251	38 369	44 609	42 011
Stocks de fournitures	36 310	31 472		
Subvention à recevoir relative aux avantages sociaux futurs	559 517	560 998	35 062	35 415
Autres éléments d'actif	11 549	10 455	411	788
TOTAL DE L'ACTIF	2 599 879	3 207 262	952 134	1 097 977
PASSIF				
Découvert bancaire			217 097	24 678
Emprunts temporaires				
Intérêts courus à payer				
Créditeurs et autres charges à payer				
MSSS	10 074			
Établissements publics	28 615	8 283		
Dettes interfonds				
Salaires courus à payer	240 755	414 013		
Fonds des services de santé (FSS) à payer	12 150	24 513		
Autres créditeurs et charges à payer	318 545	432 683	56 923	125 493
Passif au titre des avantages sociaux futurs	583 520	608 817	54 871	52 380
Revenus reportés - Gouvernement du Canada				
Autres revenus reportés	78 690	380 157	334 618	309 355
Dettes à long terme				
Autres éléments de passif				
TOTAL DU PASSIF	1 272 349	1 868 466	663 509	511 906
SOLDE DE FONDS	1 327 530	1 338 796	288 625	586 071
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS	2 599 879	3 207 262	952 134	1 097 977

BILAN

	Exercice courant 1	Exercice précédent 2
ACTIF		
Encaisse	9 435	1 072
Placements temporaires		
Avances de fonds aux agences et aux établissements publics	10 371 176	9 618 289
Débiteurs		
MSSS		
Gouvernement du Canada	13 049	3 144
Autres débiteurs	73 192	119 956
Frais payés d'avance		
Immobilisations	2 320 020	2 434 901
Subvention à recevoir - réforme comptable	18 376 725	20 653 371
Frais reportés liés aux dettes	35 705	46 356
Autres éléments d'actif		
TOTAL DE L'ACTIF	31 199 302	32 877 089

PASSIF		
Découvert bancaire		
Emprunts temporaires	10 890 468	10 842 932
Intérêts courus à payer	154 382	168 576
Salaires courus à payer		
Fonds des services de santé (FSS) à payer		
Créditeurs et autres charges à payer	5 120	2 759
Passif au titre des avantages sociaux futurs		
Avances de fonds en provenance des agences et des établissements publics		
Revenus reportés - Gouvernement du Canada		
Autres revenus reportés		
Passifs environnementaux		
Dettes à long terme	20 167 519	21 776 433
Autres éléments de passif	59 300	86 389
TOTAL DU PASSIF	31 276 789	32 877 089

SOLDE DE FONDS	(77 487)	
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS	31 199 302	32 877 089

,

BILAN

	Exercice courant 1	Exercice précédent 2
ACTIF		
Encaisse	1 473 867	1 688 879
Placements temporaires		
Débiteurs		
MSSS	726 781	202 614
FINESSS	23 977	38 937
Établissements publics		
Gouvernement du Canada	25 185	17 805
Créances interfonds		
Autres débiteurs	48 363	26 612
Frais payés d'avance	189	8 805
Subvention à recevoir relative aux avantages sociaux futurs	5 123	5 350
Placements de portefeuilles		
Autres éléments d'actif		
TOTAL DE L'ACTIF	2 303 485	1 989 002

PASSIF		
Découvert bancaire		469
Emprunts temporaires		
Intérêts courus à payer		
Créditeurs et autres charges à payer		
Établissements publics	185 104	118 149
Organismes		
Dettes interfonds (préciser)		
Salaires courus à payer		
Fonds des services de santé (FSS) à payer		
Autres créditeurs et charges à payer	755 157	733 561
Passif au titre des avantages sociaux futurs	38 798	32 009
Revenus reportés - MSSS	109 997	113 792
Revenus reportés - Gouvernement du Canada		
Autres revenus reportés	167	11
Autres éléments de passif		
TOTAL DU PASSIF	1 089 223	997 991

SOLDE DE FONDS	1 214 262	991 011
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS	2 303 485	1 989 002

ÉTAT D'ALLOCATION DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE DES CRÉDITS

	Exercice courant 1
ENVELOPPE RÉGIONALE	
Montant de l'enveloppe régionale finale (nette) 2012-2013 inscrit dans le système SBF-R	318 999 084
AFFECTATIONS DE L'ENVELOPPE REGIONALE	
Allocations aux établissements	282 929 075
Allocations aux organismes communautaires	13 469 055
Allocations à d'autres organismes excluant ligne 02 et ligne 03	63 968
Montant des allocations de l'enveloppe régionale inscrit au système SBF-R	296 462 098
Montant engagé au formulaire budgétaire de l'Agence ayant un impact sur l'enveloppe régionale finale	22 229 464
Autres montants des allocations affectées	
Programme d'externat soins infirmiers OIIQ	6 900
TOTAL DES AFFECTATIONS DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE	318 698 462
SURPLUS DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE SUR LES AFFECTATIONS AVANT PRÉVISION DES COMPTES À PAYER	300 622
COMPTES À PAYER INSCRITS EN FIN D'EXERCICE DANS LE SYSTÈME SBF-R	
Pour les établissements publics	
Comptes à payer signifiés	
Comptes à payer non signifiés	
Pour les organismes autres que les établissements publics	
Comptes à payer signifiés	
Comptes à payer non signifiés	
TOTAL - COMPTES À PAYER INSCRIT EN FIN D'EXERCICE DANS LE SYSTÈME SBF-R	
COMPTES À FIN DÉTERMINÉE REPORTÉS À L'ENVELOPPE RÉGIONALE DE L'EXERCICE SUBSÉQUENT	300 622
SURPLUS DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE SUR LES AFFECTATIONS	

RÉSULTATS

RÉSULTATS	009 - Services préhospitaliers d'urgence excluant 009-02 (télémétrie)		
	Répétitif 2	Non répétitif 3	Total (C.2+C.3) 4
REVENUS			
Subventions MSSS	18 179 122	541 628	18 720 750
Crédits régionaux			
Variation revenus reportés MSSS			
Variation de la subvention à recevoir relative aux avantages sociaux futurs		92	92
Revenus autonomes		2 414 324	2 414 324
Revenus de placements		13 773	13 773
Autres revenus			
Subventions Gouvernement du Canada			
Autres revenus		1 621	1 621
Total des revenus	18 179 122	2 971 438	21 150 560
CHARGES			
Contrats minimaux de services d'ambulance	18 917 176		18 917 176
Particularités régionales		159 360	159 360
Éléments rectifiables	xxxx	603 964	603 964
Centre de communication santé			0
Formation		236 342	236 342
Assurance qualité		120 006	120 006
Allocation de retraite	xxxx	17 598	17 598
Médicaments	xxxx	15 404	15 404
Attribution à des établissements : hausse des coûts de transport			0
Attribution à des organismes			0
Grief des repas - 1er novembre 2008 au 31 mars 2012			0
Premiers répondants		160 201	160 201
Déplacement des usagers	411 415		411 415
Charges d'exploitation			
Salaires	75 830		75 830
Avantages sociaux	15 857		15 857
Charges sociales - FSS	3 920		3 920
Charges sociales - autres	7 409		7 409
Frais de déplacement et de représentation	2 893		2 893
Services achetés	12 326		12 326
Location d'équipement	82		82
Fournitures de bureau	12 157		12 157
Autres charges	100 802		100 802
Total des charges	19 559 867	1 312 875	20 872 742
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	xxxx	xxxx	277 818

SOLDE DU FONDS

SOLDE DU FONDS	009 - Services préhospitaliers d'urgence **excluant 009-02 (télémétrie)**		
	Répétitif 2	Non répétitif 3	Montant 4
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	xxxx	xxxx	346 520
Additions (déductions)			
Surplus (Déficit) de l'exercice	xxxx	xxxx	277 818
Contributions au Fonds d'immobilisations (-)	xxxx	xxxx	(937)
Autres transferts interfonds	xxxx	xxxx	
Autres additions (déductions)	xxxx	xxxx	
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN	xxxx	xxxx	623 401

Note 1. - Statuts et nature des opérations

L'Agence de la santé et des services sociaux de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine 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 principalement pour objet 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.

Le siège social de l'Agence est situé au 144, boulevard Gaspé, Gaspé (Québec) G4X 1A9. Les bureaux de la Direction de santé publique sont situés au 205-1, boulevard de York Ouest, Gaspé (Québec) G4X 2W5.

En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu, l'Agence n'est pas assujettie aux impôts sur le revenu.

Note 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 n° 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 de la comptabilisation des produits et des charges au cours de la période visée dans le rapport financier annuel. 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.

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 y 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 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 lorsque 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 respectées.

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 se termine le projet ou l'activité, 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 auxquelles le solde doit être utilisé.

Revenus d'intérêts

Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements font 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 don, 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 prises en charge par le fonds consolidé du revenu, sont comptabilisées aux revenus de chacun des fonds concernés dès leur confirmation et sont présentées à l'état des résultats.

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. Aucuns frais de gestion ne peuvent être chargés 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.

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 de l'exercice 2012-2013.

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 d'immobilisation. 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 de l'administration supérieure (RRAS) 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 du fait 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 prises en charge 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.

Les immobilisations acquises par donation ou pour une valeur symbolique sont comptabilisées à leur juste valeur au moment de leur acquisition avec contrepartie aux revenus reportés, à l'exception des terrains où la contrepartie est constatée aux revenus dans l'année d'acquisition. Les contributions pour l'acquisition d'immobilisations sont comptabilisées aux revenus reportés, à l'exception de celles destinées à l'achat de terrains qui sont constatées aux revenus dans l'année d'acquisition. Les revenus reportés sont amortis aux revenus au même rythme que l'amortissement du coût des immobilisations correspondantes.

Elles sont amorties linéairement en fonction de leur durée de vie utile, à l'exception des terrains qui ne sont pas amortis :

Catégorie	Durée
Améliorations locatives	Durée restante du bail (max. 10 ans)
Mobilier, matériel et équipement	5 ans
Équipement informatique	3 ans
Équipement communication multimédia	5 ans
Autres équipements spécialisés	12 ans
Matériel roulant	5 ans
Développement informatique	5 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.

Frais payés d'avance

Les frais payés d'avance représentent des débours effectués avant la fin de l'année financière pour des services à recevoir au cours des prochains exercices financiers.

Ils sont imputés aux charges de l'exercice au cours duquel l'Agence consomme effectivement le service.

Stocks

Les stocks de vaccins sont évalués au coût d'acquisition. Le coût est déterminé selon la méthode du coût spécifique.

Ils sont comptabilisés dans les charges de l'exercice au cours de l'année et une correction de la dépense est faite après l'évaluation de l'inventaire.

Instruments financiers

Le 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 engendre des gains et pertes non réalisés qui doivent être présentés dans un nouvel état financier appelé État des gains et pertes de réévaluation, jusqu'à leur décomptabilisation par extinction ou par revente. Les autres instruments financiers sont évalués au coût ou au coût après amortissement, sauf si l'établissement choisit de les désigner dans la catégorie des instruments financiers évalués à la juste valeur.

En vertu de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, le MSSS 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, étant donné les limitations imposées 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 de 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 : fonds regroupant les opérations courantes de fonctionnement (activités principales et accessoires);
- Le fonds d'immobilisations : fonds regroupant les opérations relatives aux immobilisations, aux dettes à long terme, aux subventions et à tout autre mode de financement se rattachant aux immobilisations. Les immobilisations acquises pour les activités du fonds d'exploitation, des fonds d'activités régionalisées, et des fonds affectés de l'Agence sont inscrites directement dans chacun de ces fonds et transférées au coût d'acquisition par une contribution de ces fonds 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 : fonds regroupant 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 : fonds 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 : fonds regroupant 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 du travail (CSST). Ces programmes visent à maintenir et à promouvoir la santé en milieu de travail. Le financement du fonds est constitué des subventions de la CSST et les activités sont réalisées par l'équipe régionale et les équipes locales.

Dans le contexte de la consolidation, afin d'éviter la comptabilisation en double des revenus et des dépenses, les transferts interfonds 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 aux 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 de 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 comprennent 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 dépenses, les dépenses 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 qu'aux 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.

Note 3. - Modifications comptables

Avantages sociaux futurs

Dans le passé, les passifs afférents aux obligations envers les employés en congé parental et se prévalant de l'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 se prévalant de l'assurance salaire sont comptabilisés.

Cette modification comptable, appliquée rétroactivement avec retraitement des données comparatives, a pour effet d'augmenter les postes suivants :

	2013	2012
Subvention à recevoir – MSSS	64 867 $	56 217 $
Passifs au titre des avantages sociaux futurs	67 835 $	56 217 $
Charges – avantages sociaux	11 618 $	(481) $
Subventions – MSSS	8 650 $	(481) $

Subventions gouvernementales (transferts)

Le 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 leur compte 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 répondant à la définition d'un passif. 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 respectées.

Cette modification comptable n'a aucun impact sur les états financiers au 31 mars 2013, ni sur les données comparatives, lesquelles n'ont pas été retraitées, étant donné que la pratique en ce qui a trait à la comptabilisation des revenus reportés est déjà basée sur la présence de stipulations à l'égard de la finalité du financement reçu ou de clauses temporelles.

Instruments financiers

Le 1er avril 2012 est entrée en vigueur la nouvelle norme comptable sur les instruments financiers (chapitre SP 3450 du *Manuel de l'ICCA pour le secteur public*).

L'application de ce nouveau chapitre n'a eu aucune incidence sur les 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.

Cette modification comptable appliquée prospectivement a pour effet d'augmenter (de diminuer) les postes suivants :

	2013
Subventions à recevoir – Immobilisations – Écart de financement – Réforme comptable	(5 422) $
Subventions – Gouvernement du Québec	(5 422) $
Surplus (déficits) de l'exercice	(5 422) $

Note 4. - 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 affectées.

Les prévisions budgétaires des activités du fonds d'exploitation sont comparées ci-après aux données réelles correspondantes :

	Réel 1	Budget 2
Revenus		
Subventions du MSSS		
Budget signifié	5 600 461 $	5 600 461 $
Augmentation (ou diminution) du financement (C.02 : préciser)	399 110 $	276 042 $
Variation des revenus reportés MSSS		
Ajustement de la subvention à recevoir – Réforme comptable – variation de la provision pour vacances, congés de maladie et fériés	8 169 $	
Sous-total	6 007 740 $	5 876 503 $
Revenus d'intérêts	79 $	5 000 $
Revenus d'autres sources		
Recouvrements	191 129 $	223 122 $
Ventes de services		
Subventions du gouvernement fédéral		
Autres subventions (C.02 : préciser)		
Autres revenus (C.02 : préciser)	184 398 $	159 490 $
Total des revenus	6 383 346 $	6 264 115 $
Charges d'exploitations		
Salaires	3 656 867 $	3 931 175 $
Avantages sociaux	914 753 $	868 906 $
Charges sociales	487 685 $	497 464 $
Frais de déplacement, d'inscription et dépenses C. A.	277 226 $	273 000 $
Services achetés	278 015 $	261 300 $
Publicité et Communications	140 390 $	150 585 $
Loyer	116 469 $	133 915 $
Location d'équipement	10 465 $	11 322 $
Fournitures de bureau	46 354 $	55 000 $
Dépenses de transfert à des établissements (C.02 : préciser)	28 345 $	
Autres frais (C.02 : préciser)	271 028 $	334 166 $
Charges non réparties		
Transfert de frais généraux (C.02 : préciser)		
Total des charges d'exploitation	6 227 597 $	6 516 833 $
Excédent (déficit)	155 749 $	(252 718) $

Précisions demandées au budget (C.02)

Augmentation (ou diminution) du financement (L. 02)	
Financement des activités de Kino-Québec	29 792 $
Inspection	131 250 $
Projet éducation sexualité	115 000 $
Total	276 042 $
Autres revenus (L. 11)	
Frais de gestion fonds santé au travail	7 000 $
Ministère des affaires municipales, sports et loisirs – Financement pour Kino-Québec	58 575 $
Financement du loyer – SIQ	93 915 $
Total	159 490 $
Autres frais (L. 23)	
Achat de logiciel	11 000 $
Assurance responsabilité et cautionnement	5 700 $
Dépenses du comité	36 000 $
Conciergerie	5 300 $
Contrat entretien et logiciel	26 000 $
Cotisation Carte master	225 $
Cotisations diverses	21 000 $
Déchets et ordures	1 400 $
Déneigement	6 300 $
Déplacement DRMG	4 400 $
Destruction documents confidentiels	500 $
Électricité	64 000 $
Entretien ascenseur	2 000 $
Entretien et réparation mobilier et équipement	14 000 $
Formation intervenant	24 000 $
Plan québécois d'abandon du tabagisme	20 000 $
Programme d'application agent scellent en milieu scolaire	20 000 $
Programme Kino-Québec	10 000 $
Vaccination antigrippale	15 000 $
Activités de prévention en santé publique	20 000 $
Entretien et réparation d'immeuble	23 000 $
Matériel et pièces de rechange	4 341 $
Total	334 166 $

Note 5. - Emprunt bancaire

Au 31 mars, l'Agence dispose de facilités de crédit autorisé d'un montant maximal de 47 001 155 $ auprès d'une institution financière, portant intérêt au taux variant entre le taux préférentiel moins 1,00 % et le taux des acceptations bancaires majoré de 0,30 % (au 31 mars 2013, les taux variaient entre 1,515 % et 1,565 % et au 31 mars 2012 les taux variaient entre 1,491 % et 1,500 %), garanti par le ministère de la Santé et des Services sociaux, dont 38 704 737 $ du crédit n'est pas utilisé au 31 mars 2013. La convention de crédit est renégociable le 31 mars 2013.

Note 6. - Opérations entre apparentés (nature, montant, méthode)

En plus des opérations entre apparentés déjà divulguées dans le rapport financier annuel, l'Agence est apparentée à tous les ministères et fonds spéciaux ainsi qu'à 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. Ces opérations ne sont pas divulguées distinctement au rapport financier annuel.

Note 7. - Obligations contractuelles

Note : Le contrat de location-acquisition de l'immeuble avec la SIQ est présenté à titre de location exploitation.

	2013	2012
Contrat de location de mobilier de bureau, d'un montant total de 6 337 $, remboursable par versement trimestriel de 341 $ incluant les intérêts calculés au taux de 9,28 %, échéant le 3 décembre 2013, avec option d'achat à la juste valeur marchande à l'échéance.	1 088 $	2 539 $
Frais accessoires et intérêts inclus dans les versements.	49 $	220 $
	1 039 $	2 319 $
Obligations échéant au cours du prochain exercice.	1 039 $	1 279 $
	0 $	1 040 $
Contrat de location de mobilier de bureau, d'un montant total de 77 499 $, remboursable par versements trimestriels de 3 310 $ sans intérêt, échéant le 29 février 2016, avec option d'achat à la juste valeur marchande à l'échéance.	42 272 $	56 363 $
	0 $	0 $
	42 272 $	56 363 $
Obligations échéant au cours du prochain exercice.	14 091 $	14 091 $
	28 181 $	42 272 $

Les paiements minimums futurs exigibles sur les contrats de location-acquisition au cours des prochains exercices sont les suivants :

2013	15 130 $	15 370 $
2014	14 091 $	15 130 $
2015	14 091 $	14 091 $
2016	0 $	14 091 $
	43 312 $	58 82 $

Note 8. - Dette à long terme

La dette à long terme des fonds affectés immobilisations et équipements est destinée à financer les enveloppes décentralisées d'immobilisations et d'équipements et est payable à Financement Québec.

	2013	2012
Emprunts remboursables par versements annuels variables de capital, échéant le 31 mars 2023. L'intérêt, variant entre 4,66 % et 9,82 %, est payable semestriellement.	2 124 771 $	2 593 292 $
Emprunts remboursables par versements annuels de capital, échéant le 16 septembre 2013. L'intérêt de 4,60 % est payable semestriellement.	3 443 128 $	3 667 891 $
Emprunts remboursables par versements annuels de capital, échéant le 16 septembre 2013. L'intérêt de 4,60 % est payable semestriellement.	1 778 042 $	2 031 269 $
Emprunts remboursables par versements annuels de capital, échéant le 1er juin 2014. L'intérêt de 3,32 % est payable semestriellement.	954 003 $	999 432 $
Emprunts remboursables par versements annuels de capital, échéant le 1er juin 2014. L'intérêt de 3,32 % est payable semestriellement.	3 941 697 $	4 499 789 $
Emprunts remboursables par versements annuels de capital, échéant le 1er décembre 2016. L'intérêt de 3,84 % est payable semestriellement.	4 138 272 $	4 653 024 $
Emprunts remboursables par versements annuels de capital, échéant le 1er décembre 2017. L'intérêt de 3,42 % est payable semestriellement.	1 302 326 $	1 356 590 $
Emprunts remboursables par versements annuels de capital, échéant le 1er décembre 2017. L'intérêt de 3,42 % est payable semestriellement	1 671 396 $	1 916 464 $

Emprunts remboursables par versements annuels de capital, échéant le 1er juin 2018. L'intérêt de 2,099 % est payable semestriellement.	770 572 $	
	20 124 207 $	21 717 751 $
Tranche échéant à moins d'un an	7 173 759 $	2 364 116 $
	12 950 448 $	19 353 635 $

Les montants des versements en capital à effectuer au cours des cinq prochains exercices se détaillent comme suit :

2014	7 173 759 $
2015	5 685 101 $
2016	962 585 $
2017	3 041 849 $
2018	1 924 895 $
2019	729 550 $
2020	113 093 $
2021	113 093 $
2022	95 071 $
2023	285 213 $
	20 124 209 $ $

Note 9. - Les engagements

L'Agence possède des engagements pour des achats de biens et de services. Les paiements futurs s'établissent comme suit :

	Obligations contractuelles	Obligations contractuelles catégorie transfert	Total
2013-2014	1 575 319 $	18 421 923 $	19 997 242 $
2014-2015	148 157 $	18 529 904 $	18 678 061 $
2015-2016	116 178 $	1 490 987 $	1 607 165 $
2016-2017	63 052 $	1 157 500 $	1 220 552 $
2017-2018	49 810 $	1 108 500 $	1 158 310 $
	1 952 516 $	40 708 814 $	42 661 330 $

Nom de l'agence
Agence de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine

Code
1466-5145

Tous les fonds

Exercice terminé le 31 mars 2013

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, DES COMMENTAIRES ET DES OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT

Description des réserves, commentaires et observations 1	Année 2011-2012 2	Nature (R, O ou C) 3	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée 4	État de la problématique au 31 mars 2013		
				R 5	PR 6	NR 7
Signification des codes : Colonne 3 : R pour réserve O pour observation C pour commentaire			Colonnes 5, 6 et 7 : R pour réglée PR pour partiellement réglée NR pour non réglée			
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers et autres informations financières						
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant						
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						
Rapport à la gouvernance						
Le rapport AS-475 n'était pas disponible à entrée pour le travail de fin d'exercice		C	Malgré un ajustement des étapes à accomplir pour la réalisation des travaux de fin d'année qui permettait la livraison complète du			NR
			AS 475 aux vérificateurs, l'augmentation des informations demandées au RFA, la réception tardive des directives et de la			
			circulaire 2013-002 ainsi que les changements importants dans la gestion financière des contrats reliés au fonds			
			préhospitalier d'urgence ont retardé la livraison du RFA complet aux vérificateurs dans les délais exigés par ces derniers.			

Agence de la santé et
des services sociaux
de la Gaspésie–
Îles-de-la-Madeleine
Québec