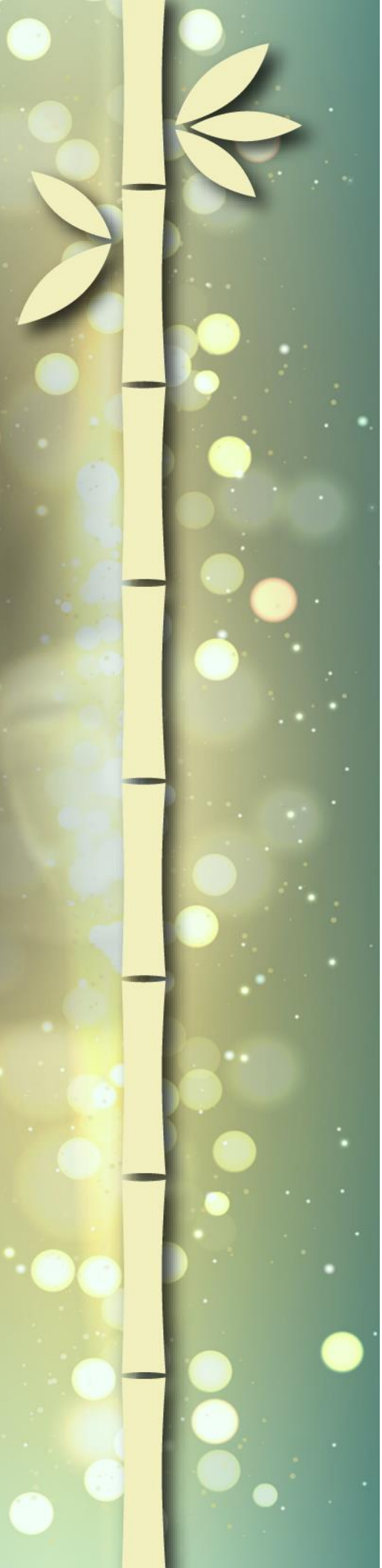
Ensemble, faire de L'ESPOIR une réalité

Centre de santé et de services sociaux
de Rouyn-Noranda

Rapport annuel de gestion 2014 - 2015



La leçon du bambou chinois

Si l'on veut faire pousser un bambou, on plante la semence, on l'arrose et on la fertilise.

La première année, rien ne se produit.

La deuxième année, on l'arrose et on la fertilise. Rien ne se produit.

On répète la même opération la troisième et la quatrième année et il ne se produit toujours rien.

Au cours de la cinquième année, en moins de six semaines, le bambou pousse de 90 pieds.

Le bambou a-t-il poussé de 90 pieds en six semaines ou en cinq ans?

Si, à n'importe quel moment au cours de ces cinq années, on avait arrêté de l'arroser ou de la fertiliser, la semence serait morte.

Tout changement dans la culture d'une organisation exige du temps, de l'effort et de la persévérance...

Centre de santé
et de services sociaux
de Rouyn-Noranda

Rapport annuel

2014 ♦ 2015

Table des matières

1. Déclaration de fiabilité des données **9**

2. Présentation de l'établissement **13**

La mission 15
L'organigramme et l'équipe de direction 16
Les valeurs 17
Les caractéristiques de la population, de son territoire et les principales données de santé la concernant 18

3. Activités de l'établissement **21**

Les directions et leurs principaux développements 22
Objectifs, cibles et résultats 2014-2015 39
Les ressources humaines de l'établissement 61
Examen des plaintes et promotion des droits des usagers 62
L'agrément et la sécurité des soins et services 65
Les modes d'information et de consultation de la population 66

4. Rapport financier **67**

État des résultats – Tous les fonds 69
État des résultats – Fonds d'exploitation 70
État des surplus (déficits) cumulés 71
État de la situation financière 72
État de la variation des actifs financiers nets (dette nette) 73
État des flux de trésorerie 74
Notes aux états financiers 77
Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés 91
Tableau de l'état de suivi des réserves, commentaires et observations formulés par l'auditeur indépendant 93
Rapport de la direction 96

5. Comités du conseil d'administration et conseils professionnels **98**

6. Activités des comités du conseil d'administration et des conseils professionnels **106**

Comité de vigilance et de la qualité 107
Comité des usagers 108
Comité des résidents 109
Comité de la gestion des risques 110
Comité de bioéthique 113
Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens 114
Conseil multidisciplinaire 115
Conseil des infirmières et infirmiers 116
Comité des infirmières et infirmiers auxiliaires 117

Annexe 1 : Code d'éthique et de déontologie des administrateurs **118**

1. Déclaration de fiabilité des données

Déclaration de fiabilité des données

À titre de président-directeur général, j'ai la responsabilité d'assurer la fiabilité des données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que des contrôles afférents.

Les résultats et les données du rapport annuel de gestion de l'exercice 2014-2015 du Centre de santé et de services sociaux de Rouyn-Noranda :

- décrivent fidèlement la mission, les mandats, les responsabilités, les activités et les orientations stratégiques de l'établissement;
- présentent les objectifs, les indicateurs, les cibles à atteindre et les résultats;
- présentent des données exactes et fiables.

Je déclare que les données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2015.

Jacques Boissonneault
Président-directeur général

2. Présentation de l'établissement

- La mission
- L'organigramme et l'équipe de direction
- Les valeurs
- Les caractéristiques de la population, de son territoire et les principales données de santé la concernant

La mission

La mission du CSSS de Rouyn-Noranda est d'offrir à la population qu'il dessert des services de santé et des services sociaux de nature préventive et curative ainsi que des services de dépistage, de diagnostic, de traitement, de réadaptation et de réinsertion. Dans cette optique, le personnel s'applique à réaliser des activités de santé publique, conformément aux dispositions de la *Loi sur la santé publique*. Il s'assure que :

- Les personnes qui requièrent de tels services pour elles-mêmes ou pour leur famille sont rejointes;
- Leurs besoins sont adéquatement évalués;
- Les services requis leur sont offerts dans l'établissement, dans leur milieu de vie, à l'école, au travail ou à domicile;
- Les personnes sont dirigées vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide selon leur besoin.

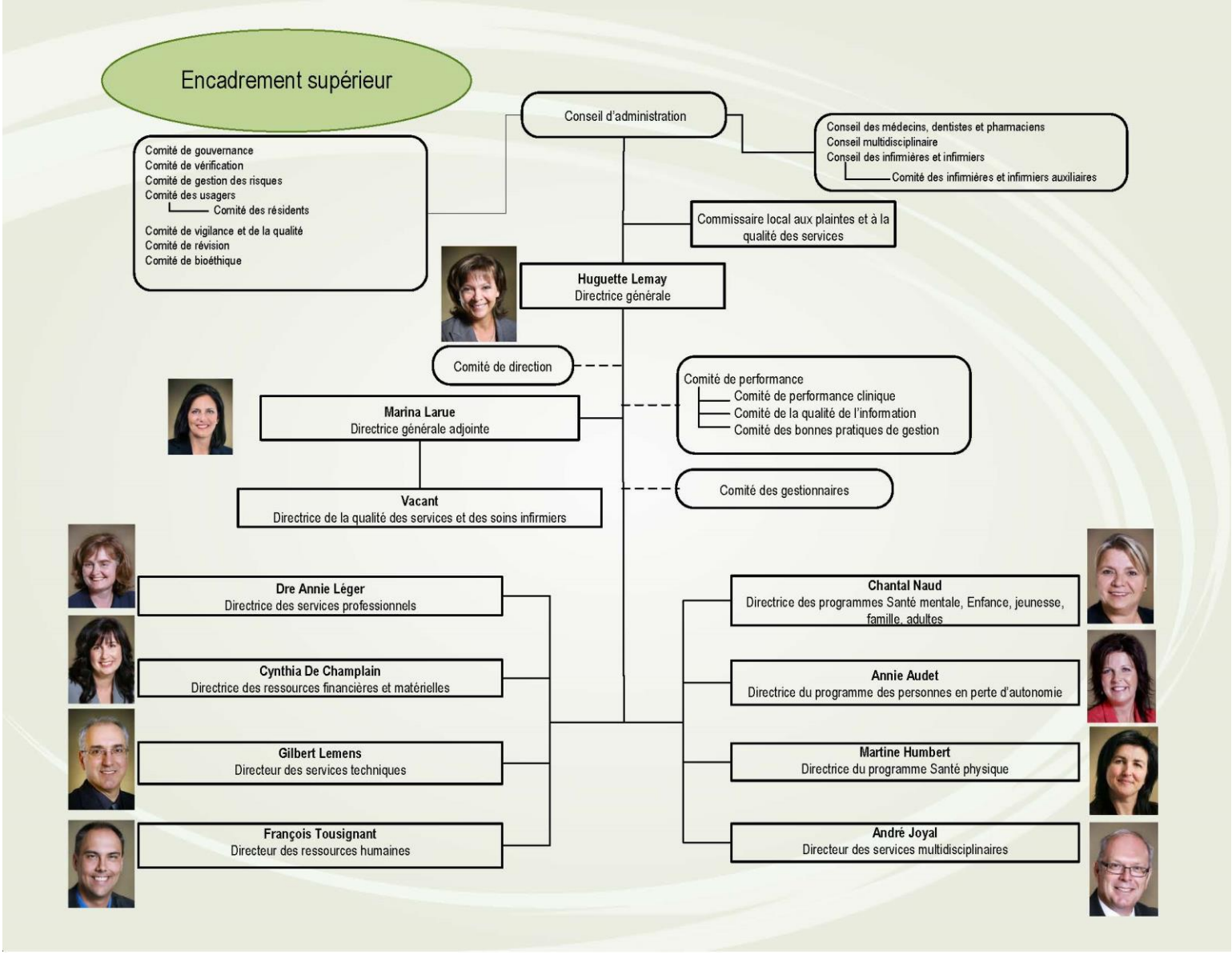
Le CSSS de Rouyn-Noranda offre à la clientèle en perte d'autonomie, sur une base temporaire ou permanente, tant au moyen de ses ressources internes qu'externes, un milieu de vie substitut de même qu'un vaste éventail de services : hébergement, assistance, soutien, surveillance, réadaptation, réinsertion, services psychosociaux, soins infirmiers, soins pharmaceutiques et services médicaux.

La raison d'être du CSSS de Rouyn-Noranda est également d'offrir des conditions et un milieu de vie qui permettent à la personne de maintenir un équilibre global de sa santé physique, psychologique et sociale. L'objectif général du personnel est d'accompagner, d'assister ou de suppléer à la capacité de la personne à assumer les effets de certaines incapacités en lui offrant des soins et des services humains, globaux et continus, plus spécifiquement :

- Réaliser des interventions de prévention, de maintien ou de réadaptation de l'autonomie biopsychosociale de la personne en misant sur ses capacités, ses forces et le fruit de ses expériences antérieures;
- Favoriser le maintien ou la réintégration de la personne dans son milieu de vie naturel;
- Assurer la mise en place des conditions nécessaires pour fournir à la personne un véritable milieu de vie et la meilleure qualité de vie possible dans le respect de sa dignité;
- À l'hébergement, favoriser l'intégration de la personne à la vie de la communauté extérieure ou à celle de son entourage et promouvoir l'implication de la communauté et de l'entourage à la vie de la personne.

Finalement, le personnel du CSSS de Rouyn-Noranda veille, tout à la fois, à rendre les services de santé et les services sociaux accessibles à la population de Rouyn-Noranda et de l'Abitibi-Témiscamingue et à participer à la formation des professionnels de la santé ainsi qu'à des activités de recherche.

L'organigramme et l'équipe de direction au 31 mars 2015



Les valeurs

Le CSSS de Rouyn-Noranda s'appuie sur un système de valeurs déterminées par un sondage réalisé auprès de tous les membres de l'organisation au printemps 2014. Ces valeurs partagées nous accompagneront dans l'atteinte de nos objectifs ainsi qu'au cours des nombreux défis qui se présenteront à nous.

- **Respect**
  En toute équité, chacun accueille l'autre avec empathie en lui manifestant une écoute diligente et en lui accordant la bienveillance nécessaire au respect de sa dignité.

- **Collaboration**
  Action de collaborer, de coopérer, de travailler avec une ou plusieurs autres personnes.

- **Confiance**
  Sentiment de pouvoir se fier à quelqu'un, à quelque chose en toute sécurité. Sentiment qui fait qu'on se fie à soi-même. Sentiment de sécurité dans le public.

- **Humanisme**
  Désigne tout mouvement de pensée idéaliste et optimiste qui place l'être humain au-dessus de tout, qui a pour objectif son épanouissement et qui a confiance dans sa capacité à évoluer de manière positive.

- **Compétence**
  Connaissance approfondie reconnue, qui confère le droit de juger ou de décider en certaines matières. Aptitude reconnue d'une autorité à traiter d'une question, à accomplir un acte, selon des modalités déterminées.

Les caractéristiques de la population, de son territoire, et les principales données de santé la concernant

Conditions démographiques

Avec une population estimée à 41 926 personnes en 2014 et représentant 28 % de l'ensemble des Témiscabitibiens, le territoire du CSSS de Rouyn-Noranda arrive au second rang en importance des cinq CSSS qui composent la région.

Le territoire de Rouyn-Noranda s'étend sur une superficie de près de 6 000 km^2 (terre seulement) et, depuis 2002, il compte une seule municipalité, Rouyn-Noranda, formée du regroupement de toutes les communautés du territoire. On retrouve ainsi un secteur urbain comprenant près des trois quarts de la population et une douzaine de quartiers ruraux.

Évolution de la population

De 2010 à 2014, la population de Rouyn-Noranda s'est accrue de 2 %. Comparativement aux autres territoires de la région, cette augmentation est la plus élevée. Cela s'explique par l'accroissement naturel qui demeure positif (le nombre de naissances surpasse toujours le nombre de décès) ainsi que par l'apport de nouveaux résidents au cours des dernières années.

Répartition de la population selon l'âge et le sexe

En 2014, l'âge moyen de la population rouyn-norandienne se situe à 40,9 ans, ce qui se rapproche de la moyenne québécoise (41,5 ans). La répartition selon le groupe d'âge révèle plusieurs similitudes par rapport au Québec :

- Au nombre d'environ 6 500, les jeunes de moins de 15 ans représentent 16,2 % de la population comparé à 15 % au Québec.
- À l'autre extrême, les aînés de 65 ans et plus totalisent également près de 6 500 personnes et leur poids démographique est légèrement moins élevé qu'au Québec : 16 % contre 17 %.
- Quant aux personnes de 15 à 64 ans, elles forment 69 % de la population de l'Abitibi-Témiscamingue, comme au Québec.

À l'image du Québec, le processus de vieillissement de la population se poursuit sur le territoire du CSSS de Rouyn-Noranda et l'on observe chaque année une diminution du nombre et de la proportion des jeunes de même qu'une augmentation du nombre et de la proportion des aînés. À titre comparatif, en 2006, Rouyn-Noranda comptait un peu plus de 5 100 personnes âgées de 65 ans et plus, ce qui représentait 13 % de l'ensemble de la population. En 2014, on recense environ 6 500 aînés à Rouyn-Noranda et leur poids démographique est passé de 13 % à 16 %.

En 2014, le rapport de masculinité indique que le point d'équilibre n'est pas tout à fait atteint puisqu'on dénombre, à Rouyn-Noranda, 101,8 hommes pour 100 femmes.

Déterminants de la santé

- Au chapitre des conditions démographiques, les éléments les plus marquants des dernières années sont : une hausse de l'indice synthétique de fécondité, un apport de nouveaux résidents au chapitre des migrations et, globalement, une légère augmentation de la population en général.
- En ce qui concerne le mode de vie et l'environnement social, les données du recensement de 2011 laissent voir quelques changements par rapport à celui de 2006. Ainsi, on a enregistré une légère hausse du nombre de ménages privés ainsi que du nombre de personnes de 18 ans et plus vivant seules sur le territoire. La taille des ménages a légèrement diminué puisqu'on recense maintenant 2,2 personnes par ménage au lieu de 2,3, ce qui s'avère en dessous de la moyenne québécoise toujours à 2,3. À propos des familles, on n'observe pas vraiment de changements en ce qui concerne leur composition (biparentales versus monoparentales) et leur répartition selon le nombre d'enfants. Par contre, la proportion de familles monoparentales dirigées par une femme a diminué et se révèle inférieure à ce qu'on observe au Québec.
- Au chapitre de l'environnement socioéconomique, la population de Rouyn-Noranda se démarque dans la région avec le plus haut taux de personnes détenant un diplôme universitaire et le plus faible taux de personnes sans diplôme d'études secondaires, mais elle demeure malgré tout moins scolarisée, en général, que le reste de la population québécoise. En raison d'un « boom minier », les dernières années ont été marquées par une activité économique intense sur le territoire. Cela s'est traduit par une augmentation de la proportion de la population active sur le marché du travail, une diminution du taux de chômage, une hausse du revenu disponible des ménages et une baisse du nombre de prestataires de diverses mesures de soutien économique.
- En ce qui a trait aux comportements liés à la santé, les données disponibles concernent l'ensemble de la population témiscabitibienne, pas seulement les résidents de Rouyn-Noranda. Ces données ne permettent pas de détecter de changements notoires en matière de tabagisme, de consommation d'alcool ni de consommation de fruits et de légumes au sein de la population. Dans le domaine de l'activité physique, il semble y avoir une légère amélioration avec un pourcentage moindre de personnes sédentaires. Par contre, pour ce qui est du poids corporel, la tendance à la hausse ne se dément pas. De fait, la proportion de la population affectée par un surplus de poids ou par un problème d'obésité continue de s'accroître.
- En matière d'adaptation sociale, la plupart des problèmes demeurent et doivent faire l'objet d'interventions appropriées. On constate cependant qu'il y a eu une baisse de la délinquance juvénile.

En ce qui concerne l'utilisation de divers services préventifs, dans l'ensemble on observe aucun changement majeur. On remarque cependant une légère augmentation de la participation des femmes au programme de dépistage du cancer du sein, et la proportion d'élèves de 3e année du secondaire ayant un statut vaccinal complet se maintient depuis plusieurs années entre 92 % et 95 %, ce qui est supérieur à l'ensemble du Québec.

Portrait de santé

- À propos de l'état de santé en général, une minorité de personnes dans la région considèrent qu'elles ne sont pas en bonne santé.
- L'espérance de vie à la naissance et celle à 65 ans continuent de s'accroître sur le territoire de Rouyn-Noranda, ce qui est signe d'une amélioration générale de l'état de santé de la population. D'ailleurs, la situation à Rouyn-Noranda se compare à celle du Québec.

- Au regard des incapacités, la seule donnée disponible confirme qu'environ une personne sur 10 dans la région présente une incapacité.
- Sur le plan de la santé physique, la situation à Rouyn-Noranda se résume comme suit :
    - Concernant les infections transmissibles sexuellement, on constate, ces dernières années, une recrudescence des nouveaux cas d'infection à chlamydia sur le territoire.
    - Pour ce qui est du cancer, on observe une légère tendance à la baisse du taux de nouveaux cas de tumeurs malignes, plus particulièrement du taux de nouveaux cas de cancer du poumon ainsi que de celui du côlon-rectum.
    - En ce qui concerne certains problèmes de santé chroniques, comme le diabète, le taux de nouveaux cas diagnostiqués semble stable ces dernières années à Rouyn-Noranda. Toutefois, la proportion de la population vivant avec un diagnostic de diabète continue de progresser, comme au Québec. Pour ce qui est de l'hypertension artérielle, autre problème de santé chronique, le pourcentage de personnes vivant avec un diagnostic d'hypertension apparaît relativement stable ces dernières années.
    - Malgré une diminution tangible de l'ensemble des hospitalisations au Québec et chez les rouyn-norandiens au cours des dernières années, la population du territoire continue d'afficher des taux d'hospitalisation supérieurs à ceux du Québec, y compris pour la plupart des grandes causes telles que les maladies de l'appareil circulatoire, de l'appareil digestif, de l'appareil respiratoire et les traumatismes non intentionnels.
    - Quant à la mortalité en général, elle a diminué sur le territoire du CSSS de Rouyn-Noranda ces dernières années, y compris celle provoquée par certaines grandes causes telles les tumeurs malignes et les maladies de l'appareil circulatoire.

- Dans le domaine de la santé mentale, la plupart des données disponibles se rapportent à la région de l'Abitibi-Témiscamingue et ne concernent pas spécifiquement le territoire de Rouyn-Noranda.
    - Ainsi, dans la région comme au Québec, une faible minorité de personnes ont une mauvaise perception de leur santé mentale.
    - Concernant les personnes ayant un niveau élevé de l'indice de détresse psychologique, la situation à Rouyn-Noranda se compare tout à fait à celle du Québec.
    - Par contre, on recense relativement moins de personnes dans la région éprouvant un stress quotidien élevé au travail.
    - Les troubles d'anxiété seraient néanmoins un peu plus répandus dans la région qu'au Québec.
    - Quant à la mortalité par suicide, elle est en baisse en Abitibi-Témiscamingue, mais demeure supérieure à celle enregistrée au Québec.

Pour plus de détails sur le portrait de santé de la population de Rouyn-Noranda, rendez-vous au http://www.sante-abitibi-temiscamingue.gouv.qc.ca/la_sante_publique/donnees_statistiques_sur_la_sante.html

Sources : *Portrait de santé par territoire – Mai 2015* - Population du territoire de la ville de Rouyn-Noranda, Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue. Site Internet : http://www.sante-abitibi-temiscamingue.gouv.qc.ca/la_sante_publique/donnees_statistiques_sur_la_sante/portraits_de_sante_par_territoire.html, consulté en mai 2015.

3. Activités de l'établissement

- Les directions et leurs principaux développements
- Objectifs, cibles et résultats 2014-2015
- Les ressources humaines de l'établissement
- Examen des plaintes et promotion des droits des usagers
- Application de la *Loi mettant en œuvre certaines dispositions du discours sur le budget du 31 mars 2010 et visant le retour à l'équilibre budgétaire en 2013-2014 et la réduction de la dette* (2010, chapitre 20)
- L'agrément
- La sécurité des soins et services
- Les modes d'information et de consultation de la population

Direction générale adjointe

Mandat

En étroite collaboration avec le personnel d'encadrement supérieur, cette direction a pour mandat de contribuer à l'élaboration, la réalisation et l'évaluation de la mission, des orientations, des stratégies, des objectifs et des priorités du Centre de santé et de services sociaux de Rouyn-Noranda (CSSS de R-N) en soutien à la Direction générale. Cette direction est également nommée à titre de responsable de la gestion intégrée des risques dans l'établissement et, à ce titre, elle voit à la mise en place de cette structure. Par ailleurs, le Bureau d'amélioration continue et la Direction de la qualité des services et des soins infirmiers sont sous sa responsabilité.

Faits saillants

- Restructuration au sein de la Direction de la qualité des services et des soins infirmiers;
- Poursuite des travaux de coordination du projet régional de radiothérapie;
- Préparation et coordination de la visite Agrément de mars 2015;
- Coordination des activités de la Table d'accessibilité regroupant l'ensemble des directeurs cliniques en vue d'améliorer l'offre de service, notamment à l'égard des personnes âgées;
- Accompagnement pour la mise en œuvre du Plan directeur clinique : Continuum de soins et services aux personnes âgées du territoire de Rouyn-Noranda et responsable des plans d'action y étant reliés;
- Responsable du plan de fermeture définitive du 4e Versant Nord et de la relocalisation de ses résidents;
- Harmonisation et diffusion du nouveau dépliant visant à évaluer le degré d'appréciation des services de la clientèle desservie et intégration d'un fascicule dédié à la clientèle hébergée;
- Déploiement des séminaires Planetree pour lesquels près de 800 participants en ont été bénéficiaires (personnel régulier, médecins, stagiaires, etc.);
- Supervision des activités du Bureau d'amélioration continue :
  - Encadrement de la gestion des projets de type « Lean » par la mise en place d'une procédure;
  - Recrutement de deux agents d'amélioration continue;
  - Collaboration à différents projets d'optimisation dans plusieurs secteurs dont la cuisine, la paie, les fournitures médicales et l'harmonisation du transport de marchandises;
  - Finalisation et développement de projets de type « Lean » dont celui relié à la planification des séjours et congés des usagers, à la révision de l'organisation du travail des préposés aux bénéficiaires (PAB) en médecine-chirurgie, à l'optimisation des processus reliés à la planification des services spécialisés par la centrale de rendez-vous et à la révision de l'organisation du travail du personnel infirmier au CHSLD Pie XII.

Direction de la qualité des services et des soins infirmiers

Mandat

Cette direction agit à titre de conseiller auprès de la directrice générale adjointe, des directeurs et de l'ensemble des gestionnaires du CSSS de Rouyn-Noranda. Son mandat est de contribuer, en partenariat avec les autres directions, à l'amélioration continue des services de santé et des services sociaux. Elle chapeaute la qualité, la prévention et le contrôle des infections ainsi que la gestion des risques, les services psychosociaux et l'action communautaire.

Par ailleurs, cette direction doit établir et mettre à jour les normes et les standards de bonnes pratiques et s'assurer de l'optimisation de l'expertise des ressources humaines en place ainsi que de la mise en place d'un système pertinent et efficient de formation. En regard du domaine spécifique des soins infirmiers, cette direction surveille et contrôle la qualité des soins infirmiers dispensés dans l'établissement selon la spécificité des soins et des services à offrir.

Faits saillants

- Accueil de 12 externes en soins infirmiers, 19 candidates à l'exercice de la profession infirmière et 6 infirmières auxiliaires;
- Formation de 116 employés et gestionnaires sur la déclaration des incidents/accidents;
- Formation de 171 employés en prévention et contrôle des infections;
- Formation de 141 employés – infirmières, infirmières auxiliaires et inhalothérapeutes – sur les transfusions sanguines;
- Formation de 30 bénévoles en gestion des risques et en prévention des infections;
- Simulation de cas et formation en cas de pandémie de MVE (Maladie à virus Ebola);
- Élaboration du projet SISAD[1] dans le cadre des projets de réorganisation du travail;
- Soutien à l'intégration d'infirmières auxiliaires dans le cadre des projets d'optimisation dans les services;
- Planification du changement de formulaire AH–223;
- Formation de 49 employés sur les mesures de contrôle et d'isolement;
- Contrôle qualité sur les abréviations dangereuses, pompes à perfusion, plaies de pression et échelle de chutes Morse;
- Réalisation de 4 audits sur le lavage des mains, en collaboration avec le Conseil des infirmières et des infirmiers;
- Élaboration et mise en œuvre d'un plan de gestion des éclosions de gastroentérite et d'influenza;

[1] Service intégré en soutien à domicile.

- Participation à l'organisation de la tenue d'un premier « Rendez-vous régional de la paternité » où plus de 150 personnes étaient présentes;
- Lancement d'une capsule vidéo présentant les services offerts par l'équipe d'action communautaire;
- Accueil de plus de 65 partenaires et membres de l'organisation lors des midis-conférences de la semaine nationale en action communautaire.

Direction du programme des personnes en perte d'autonomie

Mandat

Cette direction offre un milieu de vie substitut à la clientèle en perte d'autonomie, sur une base temporaire ou permanente, tant au moyen de ses ressources internes qu'externes, de même qu'un vaste éventail de services : hébergement, assistance, soutien, surveillance, réadaptation, réinsertion, services psychosociaux, soins infirmiers et pharmaceutiques, services médicaux et formation professionnelle auprès des partenaires. Au CHSLD Pie XII, cette direction favorise l'intégration de la personne à la vie de la communauté extérieure et à celle de son entourage.

Au soutien à domicile, son mandat est de réaliser des interventions de prévention, de maintien ou de réadaptation et de favoriser l'autonomie biopsychosociale de la personne en misant sur ses capacités, ses forces et le fruit de ses expériences antérieures. Cette direction favorise le maintien ou la réintégration de la personne dans son milieu de vie naturel. Elle assure la mise en place des conditions nécessaires pour fournir à la personne la meilleure qualité de vie possible dans le respect de sa dignité.

Faits saillants

- Relocalisation et mise en place du guichet d'accès soutien à domicile;
- Déploiement du formulaire de référence des partenaires (organismes communautaires, RPA et GMF) au guichet d'accès soutien à domicile (SAD);
- Atteinte des cibles du plan d'accès;
- Élaboration et adoption des cadres de référence en soutien à domicile et services intensifs soutien à domicile (SISAD);
- Mise en place de la couverture médicale et soins infirmiers 24/7 en ressources intermédiaires et en soutien à domicile;
- Optimisation du projet d'accompagnement en soins palliatifs à domicile;
- Révision et optimisation des activités des services rattachés à l'hôpital de jour;
- Révision des activités du Centre de jour qui produit des activités dans les quartiers ruraux de la localité;
- Révision des activités de la Clinique régionale de la mémoire;
- Mise en place du projet pilote des services gériatriques ambulatoires;
- Augmentation majeure des interventions au SAD (atteinte des cibles d'optimisation);
- Ajout d'un poste de psychoéducatrice à l'évaluation et en soutien aux intervenants SAD confrontés aux clientèles présentant des symptômes comportementaux et psychologiques liés à la démence;
- Orientation sur l'entente de collaboration entre le CSSS secteur SAD et l'Université du Québec;
- Accueil de quatre stagiaires en maîtrise en psychoéducation;
- Formation de l'ensemble des intervenants professionnels du SAD (t.s., t.t.s. et réadaptation) à l'intervention auprès des clientèles atteintes de problèmes cognitifs à domicile;
- Recrutement et formation des auxiliaires en santé et services sociaux (ASSS);

- Formation PDSB offerte à 4 reprises au cours de l'année à nos partenaires du communautaire et des résidences pour personnes âgées;
- Soutien à la mise en place de projets visant l'intégration sociale des aînés et le soutien à domicile en milieu rural;
- Actualisation du projet pilote local pour brancher le GMF local sur le système d'information clinique RSIPA (seul au Québec);
- Élaboration d'un LEAN sur le dépistage PROSMA;
- Formation de l'ensemble des professionnels du soutien à domicile à titre d'auteur RSIPA;
- Élaboration d'une matrice de priorisation des demandes d'hébergement;
- Mise à jour des OEMC de l'ensemble de la clientèle hébergée;
- Fermeture du Versant Nord;
- Entente de collaboration avec les Résidences Champagne et Lévesque;
- Renouvellement de l'entente Chez-soi adapté;
- Formation de l'ensemble du personnel préposé à l'approche des personnes présentant des symptômes comportementaux et psychologiques liés à la démence;
- Obtention d'excellents résultats suite à la visite d'évaluation de la qualité du milieu de vie du MSSS.

Direction des programmes Santé mentale, Enfance, jeunesse, famille, adultes

Mandat

Cette direction regroupe l'ensemble des services qui s'adressent à l'enfant, dès sa conception, au jeune, à sa famille et à l'adulte. Plusieurs programmes et services en font partie : l'unité d'hospitalisation de soins aigus en psychiatrie; les services ambulatoires de santé mentale; la gamme des services psychosociaux, services d'accueil social pour les jeunes et les adultes incluant la clientèle en déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement; les services de crise et de négligence pour les jeunes en difficulté; les services reliés aux dépendances; les services du Programme national de santé publique dont la lutte contre le VIH-SIDA, les infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS) et le virus de l'hépatite C; la clinique de planification des naissances et la clinique jeunesse; les services de santé dentaire et autres services de santé et services sociaux dans les milieux de l'éducation.

Cette direction a pour but d'assurer un continuum de services à sa clientèle dans le milieu le plus propice à la qualité de l'intervention, près du milieu de vie de la personne, notamment en favorisant le partenariat avec le réseau communautaire et intersectoriel. Conséquemment, cette direction est fortement liée à la concertation des partenaires du territoire.

Faits saillants

- Adoption du plan de stratégies d'amélioration organisationnelle de l'unité de soins aigus en santé mentale 2014-2017. Actions visant à réviser le développement et le maintien des compétences du personnel en santé mentale, améliorer la continuité des services, développer une approche centrée sur le rétablissement et le soutien aux familles et aux proches;
- Évaluation du guichet d'accès et des services de 1re ligne en santé mentale par le Centre national d'excellence en santé mentale de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas;
- Accueil et intégration d'une nouvelle chef d'unité en soins aigus de santé mentale;
- Planification de la concertation d'une Table intersectorielle en jeunesse à Rouyn-Noranda;
- Élaboration d'un Plan d'action biennal en santé mentale pour 2015-2017;
- Aménagement de la salle de thérapie par le jeu et par l'art en pédopsychiatrie – dons dédiés en jeunesse de l'organisme Mission Partage de Rouyn-Noranda;
- Adoption du Protocole d'entente entre le CSSS de Rouyn-Noranda et la Commission scolaire de Rouyn-Noranda sur l'administration de médicaments;
- Augmentation et amélioration des suivis passant de 18 mois à 3 ans pour des services intégrés en périnatalité et à la petite enfance (SIPPE);
- Implantation des services d'intervention de crise psychosociale 24 heures par jour, 7 jours sur 7;
- Aménagement d'une salle d'attente dédiée aux services ambulatoires en santé mentale pour les jeunes de moins de 18 ans – Financement de la Fondation hospitalière;
- Collaboration avec l'organisme communautaire Le Pont et la Fondation Martin-Bradley afin de mettre en place un projet d'intégration à des cours de musique au Centre musical En sol mineur pour la clientèle présentant un problème de santé mentale;

- Financement au programme jeunesse d'appareils spécialisés en audiologie par le Club Rotary de Rouyn-Noranda;
- Élaboration d'un projet de partenariat « Je te comprends, je te parle » avec Filons jeunesse et Avenir d'enfants pour des services d'orthophonie en jeunesse. La clientèle visée est celle des Centres de la petite enfance et de la Commission scolaire de Rouyn-Noranda;
- Création d'une entente de service au programme d'aide aux familles (PAF) avec l'organisme communautaire La Maison de la famille de Rouyn-Noranda pour les familles vivant en contexte de vulnérabilité;
- Planification et implantation des services au volet du virus de l'hépatite C (VHC) et arrimage de ces services à la clinique du virus de l'immunodéficience humaine (VIH).

Direction du programme Santé physique

Mandat

Le programme Santé physique s'adresse à toute personne qui est aux prises avec une maladie, un symptôme ou un traumatisme et pour laquelle on doit faire une investigation avancée à des fins diagnostiques, des traitements spécialisés ou surspécialisés. Il s'adresse également à toute personne aux prises avec une maladie qui exige un suivi systématique et des services continus, notamment celles atteintes de maladies chroniques ou recevant des services d'oncologie.

Pour la clientèle ambulatoire, les différents services externes avec et sans rendez-vous sont regroupés dans cette direction, soit : l'urgence, les cliniques externes, l'unité de médecine de jour, les services courants de soins infirmiers et la chirurgie d'un jour, les infirmières en milieu rural et les services en santé publique (maladies chroniques, prévention et promotion de la santé). La clinique de pédiatrie et d'adolescence, la clinique du diabète, la santé cardiovasculaire, incluant Clini-cœur, et le service de santé-voyage font aussi partie de ce programme.

La clientèle nécessitant une hospitalisation en soins aigus pourra avoir recours aux services de cette direction, que ce soit pour une problématique médicale ou chirurgicale, et ce, dans différents secteurs de soins, incluant les soins intensifs, le bloc opératoire, la stérilisation, les soins obstétriques et de maternité, la gynécologie, la pédiatrie, la pouponnière et la médecine-chirurgie.

Faits saillants

- Accueil et intégration d'infirmières françaises au CSSS de Rouyn-Noranda;
- Révision des services à l'UMJ;
- Révision importante de l'utilisation des fournitures médicales en médecine-chirurgie faisant bénéficier notre établissement d'une économie de plus de 30 000 $ après 10 périodes malgré un taux d'occupation de 140 % par période;
- Révision des programmes d'accueil et d'orientation des préposés aux bénéficiaires dans les secteurs de la médecine-chirurgie;
- Poursuite des suivis des délais de chirurgie par l'amélioration de la gestion des listes d'attente avec l'équipe médicale répondant aux exigences de l'entente de gestion;
- Révision de l'offre de services qui a permis de diminuer de façon importante le nombre d'usagers en attente pour un examen endoscopique au CSSS de R-N limitant maintenant à environ 2 semaines l'attente pour ce type d'examen;
- Élaboration d'un plan d'action et suivi des mesures à prendre en lien avec la sécurité laser au bloc opératoire;
- Encadrement des demandes de chirurgies oncologiques afin de répondre à l'entente de gestion dans un délai de 28 jours, répondant maintenant aux cibles de l'entente de gestion;
- Révision et uniformisation de l'utilisation des fournitures médicales et fournitures jetables;
- Implantation du contact peau à peau lors de césariennes au bloc opératoire;
- Changements apportés pour l'implication et l'amélioration de la présence des pères lors de césariennes au bloc opératoire;

- Élaboration de programmes de formation et d'accueil pour l'ensemble des professionnels au bloc opératoire;
- Transfert d'activités de chirurgies mineures comme l'anse diathermique en clinique externe pour maximiser les activités en bloc opératoire;
- Création d'un comité LASER (norme de sécurité d'agrément et SCA);
- Implication des accompagnateurs dans les soins de la cataracte;
- Implication de l'infirmière clinicienne comme support clinique à l'URDM;
- Audit et enseignement sur les ÉPI (équipement de protection individuelle);
- Création du guide de la stérilité sur les unités;
- Réaménagement physique partiel de la clinique externe en partenariat avec la DST;
- Réorganisation en médecine interne qui a permis une amélioration importante de la performance pour ce secteur;
- Mise en place de la chimio en deux temps favorisant une diminution d'attente pour les usagers;
- Réorganisation des services en neurologie avec la collaboration de neurologues volants de McGill;
- Mise en place de la clinique régionale en radio-oncologie;
- Révision de l'offre de service en maladies chroniques par la mise en place de rencontres de groupes qui ont eu un impact important sur l'amélioration des délais d'attente;
- Réorganisation de la clinique diabète : visite sur les étages des diabétiques type 1, travail interdisciplinaire pour la clientèle orpheline et intégration des pompes à insuline en continu chez les usagers;
- Augmentation de l'offre de service en milieux ruraux avec un système de garde les fins de semaine (pour le SAD et la petite enfance);
- Poursuite du programme du module 5 - programme AMPRO;
- Amélioration de l'organisation des soins et de la collaboration de l'équipe de maternité avec l'équipe du bloc opératoire afin de favoriser un service sécuritaire et de qualité lors d'accouchements (mise en place de la technique peau à peau au bloc);
- Mise en place de la téléthrombolyse dans le cadre du continuum AVC;
- Réaménagement physique dans ces secteurs : salon des familles, dépôt des fournitures, aménagement du lave-bassine et intégration du guichet à médicaments aux soins intensifs. À la salle d'urgence, réaménagement de la salle de bain et installation du lave-bassine;
- Implantation de l'horaire de 12 heures en hémodialyse;
- Intégration de la garde de la clientèle hémodialysée du CSSS des Aurores-Boréales à nos services;
- Mise en place d'un comité de triage afin d'améliorer la qualité des activités à la salle d'urgence;
- Collaboration à la mise en place de la garde par des travailleurs sociaux à la salle d'urgence.

Direction des services multidisciplinaires

Mandat

Cette direction offre conseils et expertise aux différentes directions programmes-services en matière d'organisation des services diagnostiques et thérapeutique.

Les principaux mandats de cette direction sont : développer et harmoniser chacune des pratiques professionnelles relevant du conseil multidisciplinaire, et ce, dans un contexte d'interdisciplinarité et de collaboration interinstallations; assurer l'encadrement professionnel ainsi que le développement des compétences cliniques; assurer un soutien et veiller au bon fonctionnement des différents comités du conseil multidisciplinaire; assurer la coordination des activités d'enseignement liées aux diverses disciplines; développer des mécanismes d'harmonisation et de standardisation des pratiques professionnelles.

Faits saillants

- Intégration de ressources professionnelles en ergothérapie et en nutrition clinique au GMF;
- Mise en place des éléments favorisant la mise sur pied de la clinique de vertige VNG (vidéonystagmographie);
- Création d'un poste de coordonnatrice clinique en inhalothérapie;
- Intégration d'un poste à temps complet d'inhalothérapeute au GMF en maladie chronique;
- Consolidation du rôle de la pharmacienne en GMF, notamment en assurant une continuité des soins pharmaceutiques dispensés lors de l'épisode de soins. Modèle actuellement peu développé à l'échelle du Québec où le CSSS fait figure de précurseur;
- Implantation du programme de surveillance des antimicrobiens (suivi systématique de l'antibiothérapie par un pharmacien);
- Mise en place du service de télétravail en transcription;
- Mise en place du programme canadien du contrôle de qualité en tomographie axiale pour répondre aux normes nationales de qualité technique;
- Alimentation du DSQ (Dossier santé Québec) pour le secteur du laboratoire;
- Transfert pour l'acheminement des prélèvements vers le CUSM;
- Mise en place du comité des analyses de biologie délocalisées (ADBD) ainsi que des procédures qui sont en lien avec les ADBD;
- Acquisition et déploiement d'une nouvelle plateforme téléphonique qui contribue à la gestion optimale des appels;
- Démarche LEAN amélioration continue pour l'optimisation de la centrale de rendez-vous pour améliorer l'accessibilité du service à la population;
- Création d'un protocole de remplacement et de son guide explicatif;
- Élaboration des lignes directrices guidant l'action du comité exécutif du conseil multidisciplinaire.

Direction des services professionnels

Mandat

Cette direction est chargée, entre autres, de coordonner les activités des médecins, des dentistes et des pharmaciens qui œuvrent au CSSS de Rouyn-Noranda et d'assurer les liens entre le CSSS et l'équipe médicale. C'est une direction soutien pour les autres directions programmes-services. Son mandat comporte plusieurs volets qui se définissent comme suit :

- Coordination des services : planifier et coordonner les activités des médecins, des dentistes et des pharmaciens et assurer les liens avec les diverses directions de programmes-services ou de soutien, animer la table des chefs de département (rôle consultatif), soutenir les autres directions par une expertise médicale.
- Animation du réseau local, régional et suprarégional : assurer les liens avec le réseau local pour les services de 1re ligne et assurer l'accessibilité à des services spécialisés et surspécialisés en collaboration avec l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue et les RUIS de Montréal et de McGill.
- Amélioration de la qualité : supporter le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) dans la surveillance de la qualité de l'acte médical, collaborer avec la gestionnaire des risques et la direction de la qualité des services et des soins infirmiers.
- Enseignement : soutenir l'enseignement en médecine familiale (UMF), pharmacie et spécialités (pédiatrie, médecine interne) en lien avec l'Université de Sherbrooke (médecine familiale) et l'Université de Montréal (spécialités).
- Recrutement médical : assurer une visibilité à l'établissement, coordonner les activités de recrutement, soutenir les activités de rétention.
- Recherche : recevoir toute demande de projet de recherche et assurer les liens avec notre comité d'éthique à la recherche (entente par délégation).
- Bioéthique : soutenir le comité de bioéthique dans ses rencontres, ses projets et ses consultations cliniques et assurer les liens avec l'organisation.

Faits saillants

- Inscription de 924 usagers au guichet d'accès pour la clientèle sans médecin de famille pour un total de 3856 inscriptions au 31 mars 2015 dont 35 % sont une clientèle vulnérable. 475 usagers ont été référés à un médecin dont 76 % font partie d'une clientèle vulnérable;
- Soutien en enseignement en médecine par l'accueil de 40 stagiaires résidents, externes et étudiants (cadre du programme Soutien aux régions pour le recrutement des omnipraticiens et des spécialistes [SARROS]);
- Nomination pour deux médecins de famille et deux en spécialités (anatomopathologie et gynéco-obstétrique);
- Départs de quatre médecins de famille et cinq en spécialités (anatomopathologie, pédiatrie, psychiatrie et neurologie);
- Début des visites de deux radio-oncologues sur place au CSSS de R-N afin d'assurer les suivis des usagers traités à Gatineau et les nouvelles demandes de traitement;

- Début des visites de trois groupes de neurologues de McGill suite au départ des neurologues afin d'assurer un service minimal;
- Mise en place des dernières ressources professionnelles au GMF (nutritionniste, inhalothérapeutes et ergothérapeute);
- Recensement des ressources dédiées actuellement au GMF Horizon :
    - 6 infirmières cliniciennes
    - 2 travailleuses sociales
    - 1 pharmacienne
    - 1 nutritionniste
    - 2 inhalothérapeutes
    - 1 ergothérapeute
    - 3 IPS services de 1re ligne
- Finalisation du projet LEAN sur l'hospitalisation en médecine de famille « Volet planification des séjours et des congés » avec l'adoption d'un règlement sur les admissions et la révision de la politique et de la procédure « Planification des congés et départs »;
- Mise en place d'une garde médicale 24/7 au soutien à domicile toute clientèle en ajout à celle déjà existante en soins palliatifs;
- Participation médicale au nouveau service d'évaluation gériatrique situé au CHSLD Pie XII;
- Visite du groupe-conseil en traumatologie de l'INESSS[2] avec le renouvellement de la désignation de l'établissement comme centre primaire en traumatologie;
- Élaboration d'un cadre conceptuel en matière d'éthique pour l'établissement et publication de trois capsules en éthique clinique en soutien aux professionnels de la santé et des services sociaux;
- Participation à 3 nouveaux projets de recherche acceptés cette année, soit :
    - Plan d'action ministériel sur les troubles cognitifs liés au vieillissement (McGill)
    - Évaluation des complications en dialyse (projet multicentrique Hôpital Maisonneuve-Rosemont)
    - Efficacité et coûts des traitements à la clinique antidouleur du CSSS de R-N (collaboration UQAT)

[2] L'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS)

Direction des services techniques

Mandat

La direction des services techniques a comme mandat de soutenir l'organisation en lui offrant les moyens techniques pour qu'elle puisse accomplir sa mission. Globalement, les services techniques doivent veiller à la sécurité et au confort des occupants, en plus de s'assurer de fournir à l'établissement l'approvisionnement nécessaire en eau potable, en électricité, en gaz naturel et en gaz médicaux.

Plus précisément, les services offerts sont : l'alimentation, la buanderie, l'entretien sanitaire, la désinfection, la sécurité, les télécommunications, la gestion des matières résiduelles, la fourniture d'équipement médical et informatique et des ressources spécialisées en informatique et en génie biomédical.

La direction des services techniques gère l'ensemble de l'entretien des installations, plus spécifiquement l'entretien des systèmes électriques et mécaniques, la plomberie, la ventilation, la climatisation, la réfrigération et la stérilisation ainsi que l'entretien des terrains, été comme hiver. Cette direction a également son bureau de projets immobiliers afin d'assurer le maintien des actifs immobiliers et de réaliser les rénovations nécessaires pour améliorer la fonctionnalité des lieux.

Faits saillants

- Réaménagement du secteur des matières résiduelles afin d'en optimiser le rendement en augmentant le traitement des matières recyclables;
- Réaménagement du quai de réception des marchandises afin de rendre l'installation sécuritaire et plus performante;
- Réaménagement de la pouponnière afin d'offrir un poste plus fonctionnel pour les soins infirmiers, une chambre de courtoisie pour les parents et une chambre de cohabitation, avec salle de bain et douche, trois salles de soins, dont une d'isolation pouvant accueillir 8 poupons;
- Déploiement des nouveaux chariots alimentaires permettant d'augmenter la qualité du service offert;
- Optimisation de la buanderie par la prise en charge du lavage des vêtements des résidents du CHSLD Pie XII générant des économies de 60 000 $ par année;
- Installation de nouveaux rideaux assurant l'intimité des usagers à la salle d'urgence;
- Mention d'excellence de la part d'Agrément Canada soulignant la performance du service d'hygiène et salubrité;
- Procéder à la migration et mise à jour de 450 ordinateurs;
- Déploiement du Dossier Santé Québec (DSQ) en remettant 300 dispositifs DSQ pour l'ensemble du personnel médical;
- Rehaussement de 72 pompes volumétriques et mise en service de près de 150 équipements médicaux.

Direction des ressources humaines

Mandat

Cette direction dispense des services-conseils auprès des directions et des gestionnaires et elle supporte les membres du personnel tout au long de leur carrière dans l'établissement; elle voit au maintien et à l'amélioration d'un climat de travail humain et harmonieux; elle agit à titre d'accompagnateur et de facilitateur dans tout changement organisationnel planifié; elle assure l'ensemble des activités opérationnelles dans les domaines tels que la dotation, le développement des compétences des ressources humaines, la rémunération et les avantages sociaux, la gestion de la santé et de la sécurité au travail du personnel ainsi que les relations de travail.

Faits saillants

- Recrutement de 236 personnes;
- Tenue de 918 stages;
- Poursuite et développement d'embauches et de formations internes lié à la reconnaissance des acquis et des compétences (RAC) par les établissements de formation (ASSS[3] et PAB[4]);
- 57 318 heures de formation;
- Mise à jour du plan de main-d'œuvre 2012-2015;
- Mise sous contrat de 18 boursières et boursiers dans le cadre d'une mesure incitative du MSSS pour des titres d'emploi en rareté, soit : ergothérapeutes, inhalothérapeutes, nutritionnistes, orthophonistes, physiothérapeutes, psychologues et technologistes médicaux;
- Amélioration de la présence au travail par l'atteinte de la cible annuelle d'assurance salaire établie par entente avec l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue;
- Atteinte des cibles de l'entente de gestion et d'imputabilité quant à la main-d'œuvre indépendante et au temps supplémentaire, rendue possible notamment par la collaboration interdirections et celle de différents syndicats dans le cadre du programme régional de stratégie de main-d'œuvre (voir p. 56 dans la section *Objectifs, cibles et résultats*);
- Obtention d'un financement permettant de réaliser un projet de prévention et de promotion de la santé;
- Sélection de 5 membres du personnel infirmier en provenance de la France dans le cadre d'une mission de recrutement du MSSS.

[3] Auxiliaires aux services de santé et sociaux.
[4] Préposés aux bénéficiaires.

Direction des ressources financières et matérielles

Mandat

Le mandat de la direction des ressources financières et matérielles réside dans la satisfaction des besoins des utilisateurs externes que sont les usagers, et des utilisateurs internes que sont les membres du conseil d'administration, les membres du comité de vérification, les directeurs, les gestionnaires et chaque membre de l'organisation.

Deux composantes principales constituent la direction des ressources financières et matérielles :

- les ressources financières;
- les ressources matérielles (l'approvisionnement et le comité de planification et d'acquisition des équipements [CPAE]).

Faits saillants

- Service des ressources financières :
  - Embauche d'une chef des ressources financières.
- Service de la comptabilité :
  - Participation au dossier régional d'optimisation de la paie;
  - Accompagnement et préparation des gestionnaires à la transition vers le service de paie régionalisé.
- Service de l'approvisionnement :
  - Optimisation du système double casier utilisant la technologie Identification Radiofréquence (RFID) au bloc opératoire;
  - Planification du déploiement du système double casier en utilisant la technologie Identification Radiofréquence (RFID) au CLSC, aux soins intensifs, à la pouponnière et au CHSLD Pie XII;
  - Participation au dossier régional d'optimisation en approvisionnement;
  - Gestion des produits solutés.

Objectifs, cibles et résultats 2014 – 2015

1. Enjeu transversal : Pérennité et humanisation				
Objectif	**Cible**	**Résultat 2013-2014**	**Résultat 2014-2015**	**Atteinte de la cible**
1.1 Développer et mettre en œuvre une approche d'humanisation centrée sur les besoins de la clientèle				
Mettre en place un continuum de services pour les personnes ayant subi ou étant à risque de subir un accident vasculaire cérébral (AVC).	Mettre en place une équipe locale.	S.O.	Réalisé	✓
	Élaborer un plan d'action local d'ici le 1er juillet 2014.	S.O.	Réalisé	✓
	Collaborer et participer aux travaux régionaux.	S.O.	Participation active	✓
	Collaborer à la tournée ministérielle (fin 2014).	S.O.	Réalisé	✓
1.2 Optimiser la communication au sein de l'organisation ainsi qu'avec les partenaires du réseau local				
Faire connaître les partenaires du réseau aux membres de l'organisation.	Réaliser des articles sur les partenaires dans le journal interne.	Fait	Fait	✓
Faire connaître les intervenants dans l'organisation.	Réaliser des articles concernant des membres de l'organisation dans le journal interne.	Fait	Fait	✓

✓ **Atteint** ▽ **En voie d'être atteint** O **Non atteint**

Objectif	Cible	Résultat 2013-2014	Résultat 2014-2015	Atteinte de la cible
1.3 Améliorer l'accessibilité et assurer une plus grande continuité des soins et des services pour la clientèle				
Améliorer l'accès aux services d'imagerie médicale.	90 % des demandes de services réalisées en moins de 3 mois.	100 %	100 %	✓
	90 % des demandes de services en attente de moins de 3 mois.	90,7 %	94,87 %	✓
	90 % des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins.	97,78 %	97,5 %	✓
	90 % des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins.	96,54 %	77,35 %	O
	Commentaire : Mise en place du télétravail et nous explorons la possibilité d'obtenir un système de reconnaissance vocale via le PACS.			
Bonifier les services de soutien à domicile (SAD) au service de soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA).	30 % des heures SAD consacrées aux services professionnels.	S.O.	14, 87 %	O
	Commentaire : Selon le formulaire utilisé pour comptabiliser les heures consacrées des services de SAD au SAPA, 14, 87 % ont été données par les services professionnels. L'utilisation répandue du chèque emploi-service ainsi que des services achetés ne sont pas comptabilisés dans l'indicateur et explique pourquoi l'objectif n'est pas atteint			
	70 % des heures SAD consacrées aux activités de la vie quotidienne.	S.O.	85,12 %	✓

✓ **Atteint** ▽ **En voie d'être atteint** O **Non atteint**

Objectif	Cible	Résultat 2013-2014	Résultat 2014-2015	Atteinte de la cible
Développer des activités de télésanté.	Inventorier les activités cliniques qui pourraient être supportées par la télésanté.	S.O.	Besoins ciblés	○
	Commentaire : Pas d'inventaire exhaustif, mais la pédopsychiatrie, la clinique de la douleur et l'oncologie ont été ciblées.			
	Nommer un coordonnateur clinique local dont le rôle sera de développer des activités de télésanté.	S.O.	Aucun coordonnateur nommé	○
	Commentaire : Considérant les changements en cours (loi 10) aucun coordonnateur n'a été nommé, les activités sont toujours sous la responsabilité de la DSP.			
	Collaborer avec le CSSS de Gatineau à la mise sur pied d'activités de téléoncologie.	S.O.	Visite des radio-oncologues au CSSS de R-N	✓
	Commentaire : Des visites sur place de deux radio-oncologues de Gatineau débutées en janvier 2015 remplacent les activités de téléoncologie. Cela permet à toute la population de la région d'avoir une première consultation en personne et, le cas échéant, faire le suivi des cas sur place.			
Poursuivre l'implantation du réseau de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA).	Avoir implanté la composante du PI-PSI à 14,20 %.	S.O.	8,71 %	○
	Commentaire : Pour ces objectifs, les résultats n'ont pas été atteints. Toutefois, une autre grille de référence (OSIRSIPA), indique que nous avons atteint 80,77 %, ce qui est supérieur à la cible de 73 % fixée.			
	Avoir implanté la gestion de cas à 14,20 %.	S.O.	12,62 %	▽
	Avoir implanté le mécanisme de coordination avec la communauté à 12,80 %.	S.O.	10,25 %	▽
Offrir des services de 1re ligne aux jeunes en difficulté (aux jeunes et à leur famille) en CSSS.	Moyenne de 7 interventions par usager.	7,42 interventions par usager	5,5 interventions par usager	▽
Augmenter le pourcentage d'admission des usagers dont le profil ISO-SMAF est de 10 et plus.	Au moins 90 % des nouvelles admissions en CHSLD sont de profil ISO-SMAF 10 et plus.	82 %	77 %	○
	Commentaire : Nous avons eu 46 admissions. 10 résidents avaient un profil plus petit que 10. Parmi ceux-ci, 6 sont décédés.			

✓ **Atteint** ▽ **En voie d'être atteint** ○ **Non atteint**

Objectif	Cible	Résultat 2013-2014	Résultat 2014-2015	Atteinte de la cible
1.4 Améliorer l'accueil et favoriser l'accompagnement de la personne dans le continuum de services				
Assurer aux personnes qui les requièrent des services de santé mentale de 1re ligne par une équipe multidisciplinaire.	Nombre de personnes ayant accès aux services : 813 jeunes et adultes rejoints.	739 adultes et 153 jeunes, soit 892 usagers	708 adultes et 163 jeunes, soit 871 usagers	✓
Faciliter l'accès aux personnes à risque d'abus ou de dépendance à des services de 1re ligne offerts en toxicomanie et en jeu pathologique.	Nombre de personnes ayant accès aux services : 114 personnes.	134 personnes	112 personnes	▽
Assurer aux personnes ayant une déficience l'accès aux services dont elles ont besoin dans les délais établis.	90 % des personnes ayant une déficience priorité urgente traitées dans un délai de 3 jours.	Aucune demande traitée	100 %	✓
	90 % des personnes ayant une déficience priorité élevée traitées dans un délai de 30 jours.	90,9 %	100 %	✓
	90 % des personnes ayant une déficience priorité modérée traitées dans un délai d'un an.	95,9 %	97 %	✓
Assurer aux jeunes et aux adultes l'accès aux services ambulatoires de 1re ligne en santé mentale.	0 usager de **moins de 18 ans** sur liste d'attente de plus de 30 jours pour un traitement de 1re ligne en santé mentale.	S.O.	17	O
	0 usager de **18 ans et plus** sur liste d'attente de plus de 30 jours pour un traitement de 1re ligne en santé mentale.	S.O.	30	O
Commentaire : Davantage de références et de patients pris en charge par le personnel. Amélioration et diminution marquées depuis les 2 dernières années dans la gestion de la liste d'attente.				

✓ **Atteint** ▽ **En voie d'être atteint** O **Non atteint**

Objectif	Cible	Résultat 2013-2014	Résultat 2014-2015	Atteinte de la cible
1.5 Lors de la dispensation des soins et des services, faire preuve de gentillesse, d'empathie, de compassion et de savoir-être				
Implanter l'approche Planetree afin de s'en imprégner et de l'intégrer dans les pratiques.	Nombre d'employés ayant participé au Séminaire Planetree.	Plus de 400	Plus de 800	✓
1.6 Offrir des soins et des services qui considèrent les besoins et les particularités de la personne tout en préservant sa dignité				
Répertorier le nombre d'usagers en soins palliatifs de fin de vie admis dans un lit de soins palliatifs dédié ou non dédié.	Compléter périodiquement le formulaire prévu à cet effet.	Formulaire complété	Formulaire complété	✓
Implanter les composantes de l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier (AAPA) tant à l'urgence que dans les unités de soins qui admettent des personnes âgées.	Avoir implanté au moins 4 des 6 composantes de l'approche adaptée pour l'ensemble des unités, incluant l'urgence.	Les six composantes de l'AAPA sont majoritairement planifiées	Composante 1 : 100 % Composante 2 : 62,5 % Composante 3 : 53,9 % Composante 4 : 100 % Composante 5 : 88,9 % Composante 6 : 100 %	▽
Commentaires : Démarche d'intégration AAPA bien déployée dans l'ensemble des secteurs à l'hôpital.				
Assurer une durée de séjour acceptable à l'urgence pour les personnes sur civière.	Moins de 11 heures de séjour moyen.	11,6 heures	11,21 heures	▽
	8,31 % de séjour de 24 heures et plus.	10,71 %	10,86 %	O
	Commentaire : Nous avons connu un haut taux d'occupation à l'hôpital en 2014-2015. Des travaux sont en cours concernant la pertinence des hospitalisations.			
	0 % de séjour de 48 heures et plus.	0,5 %	0,3 %	✓

✓ **Atteint** ▽ **En voie d'être atteint** O **Non atteint**

Objectif	Cible	Résultat 2013-2014	Résultat 2014-2015	Atteinte de la cible
Compléter le plan de services individualisés et d'allocation de services (PSIAS) de la clientèle adulte SAPA, DP et DI-TED ayant besoin de services de soutien à domicile de longue durée.	Avoir complété un PSIAS pour : 65 % des usagers ayant un profil ISO-SMAF 4 et plus au 31 décembre 2014.	S.O.	27,58 %	O
	100 % des usagers ayant un profil ISO-SMAF 4 et plus au 31 mars 2015.	S.O.	57,56 %	O
	100 % des usagers ayant un profil ISO-SMAF 3 et moins au 30 juin 2015.	S.O.	Travaux en cours	O
Commentaire : L'objectif n'a pas été atteint. Avant janvier 2015, seulement l'équipe du psychosocial faisait des PSIAS alors que d'autres professionnels tels que ceux en réadaptation et les soins infirmiers auraient dû aussi en faire. En janvier 2015, une formation a eu lieu pour tous les professionnels dans l'objectif qu'ils procèdent eux aussi au PSIAS lorsque l'équipe du psychosocial n'est pas impliquée dans le dossier des usagers.				
Évaluer les besoins pour tous les usagers hébergés en CHSLD.	Transmettre les profils ISO-SMAF pour les usagers hébergés depuis 2 ans et plus dans des lits d'hébergement permanent de CHSLD pour le 30 septembre 2014.	S.O.	Les profils ont été transmis	✓
	Avoir complété l'évaluation ou la mise à jour du profil ISO-SMAF pour les usagers hébergés depuis plus de 2 ans dans des lits d'hébergement permanent de CHSLD pour le 31 décembre 2014.	S.O.	Évaluation complétée	✓

✓ **Atteint** ▽ **En voie d'être atteint** O **Non atteint**

Objectif	Cible	Résultat 2013-2014	Résultat 2014-2015	Atteinte de la cible
Évaluer les besoins de tous les adultes nécessitant des services de soutien à domicile de longue durée.	Avoir complété les évaluations de la clientèle en déficience physique (DP) n'ayant jamais été évaluée à l'aide de l'outil d'évaluation multiclientèle pour le 31 octobre 2014.	S.O.	Évaluation complétée	✓
	Avoir complété les évaluations de la clientèle en déficience intellectuelle et trouble envahissant du développement (DI-TED) n'ayant jamais été évaluée à l'aide de l'outil d'évaluation multiclientèle pour le 31 octobre 2014.	S.O.	Évaluation complétée	✓
	Avoir transmis les profils ISO-SMAF de la clientèle DP ayant été évaluée pour le 30 septembre 2014.	S.O.	Les profils ont été transmis	✓
	Avoir transmis les profils ISO-SMAF de la clientèle DI-TED ayant été évaluée pour le 30 septembre 2014.	S.O.	Les profils ont été transmis	✓

✓ **Atteint** ▽ **En voie d'être atteint** ○ **Non atteint**

Objectif	Cible	Résultat 2013-2014	Résultat 2014-2015	Atteinte de la cible
Consolider l'offre de service en soins palliatifs.	Offrir les services en soins palliatifs à domicile à la clientèle ayant un pronostic de fin de vie de 3 mois et moins.	S.O.	Réalisé	✓
	Fournir un portrait local de l'offre de service en soins palliatifs d'ici le 1er septembre 2014.	S.O.	Réalisé	✓
	Élaborer une politique et un programme clinique de soins de fin de vie qui tiennent compte de l'inclusion des maladies autres que le cancer et des ajustements nécessaires dans l'éventualité de l'adoption du projet de loi 52.	S.O.	En attente de directives	O
	Commentaire : Une équipe interdisciplinaire au SAD est disponible, entre autres, pour les soins palliatifs.			
	Mettre sur pied une équipe interdisciplinaire dédiée aux soins palliatifs.	S.O.	Équipe en place	▽

✓ **Atteint** ▽ **En voie d'être atteint** O **Non atteint**

2. Enjeu : Main-d'œuvre				
Objectif	**Cible**	**Résultat 2013-2014**	**Résultat 2014-2015**	**Atteinte de la cible**
2.1 Tendre, en collaboration avec l'ensemble des membres de l'organisation, vers un climat organisationnel d'exception afin de favoriser la rétention				
Réduire le pourcentage des heures travaillées en temps supplémentaire.	Infirmières : 5,99 %	6,84 %	5,36 %	✓
	Ensemble de l'établissement : 3,44 %	3,36 %	2,87 %	✓
Obtenir l'Agrément lors de la prochaine visite.	Obtenir l'Agrément incluant la mobilisation des ressources humaines.	S.O.	Agréé à 95 % de conformité	✓
Accueillir les nouveaux employés.	Mécanisme de promotion des nouveaux employés.	Journal interne	Journal interne	✓
	Élaborer un guide d'accueil.	En cours	Fait	✓
2.2 Promouvoir l'humanisation des relations entre les membres de l'organisation				
Diminuer le ratio des heures en assurance salaire par rapport aux heures travaillées.	5,90 % selon entente de gestion.	5,68 %	6,44 %	▽
Mettre en œuvre des mesures pour améliorer le climat de travail et favoriser la santé et le bien-être du personnel.	100 % des étapes de l'approche Planetree réalisées : 1. Engagement de la direction (10 %); 2. Évaluation organisationnelle (30 %); 3. Séminaires de leadership (10 %); 4. Comité de pilotage (10 %); 5. Séminaire pour le personnel (10 %); 6. Développement de pratiques misant sur les 10 composantes Planetree (30 %).	100 %	100 %	✓

✓ **Atteint** ▽ **En voie d'être atteint** ○ **Non atteint**

Objectif	Cible	Résultat 2013-2014	Résultat 2014-2015	Atteinte de la cible
2.3 Poursuivre le développement d'un milieu de travail attrayant pour les personnes				
Réduire le pourcentage des heures travaillées par la main-d'œuvre indépendante.	Infirmières : 2,81 %	0,79 %	0,05 %	✓
	Infirmières auxiliaires : 0 %	0,28 %	0,02 %	✓
	Préposés aux bénéficiaires : 0 %	0 %	0 %	✓
	Inhalothérapeutes : 0 %	1,28 %	0 %	✓
Soutenir le comité de rétention par la reconnaissance de son mandat.	Poursuivre les activités déjà existantes et développer de nouvelles activités de reconnaissance des employés.	2 activités de représentation dans les salons Service de hangar à vélos et service de prêt de vélos Activité familiale de la rentrée Journée reconnaissance Participation à Nez rouge Noël des enfants Souhaits de Noël pour les employés de chaque unité	2 activités de représentation dans les salons Service de hangar à vélos et service de prêt de vélos Activité familiale de la rentrée Journée reconnaissance Noël des enfants Souhaits de Noël pour les employés de chaque unité	✓

✓ **Atteint** ▽ **En voie d'être atteint** ○ **Non atteint**

Objectif	Cible	Résultat 2013-2014	Résultat 2014-2015	Atteinte de la cible
2.4 Poursuivre les efforts de recrutement et faire connaître les stratégies utilisées				
Effectuer la mise à jour du Plan de main-d'œuvre.	Plan de main-d'œuvre à jour.	Réalisé	Réalisé	✓
Promouvoir l'embauche des CEPI et des externes en soins infirmiers.	15 externes.	20 externes	12 externes	▽
	14 CEPI.	15 CEPI	19 CEPI	✓
2.5 Assurer la relève en favorisant le transfert d'expertise en cohérence avec l'évolution des pratiques de gestion				
Favoriser l'adaptation de la relève professionnelle au milieu de travail.	Mettre en œuvre le Programme de soutien clinique – volet préceptorat.	Poursuite du développement du programme	Poursuite du développement du programme	✓
	Nombre d'apprenantes rejointes.	74	71	✓
	Nombre de préceptrices.	19	15	✓
2.6 Favoriser le développement des compétences des membres de l'organisation				
Assigner les bonnes personnes pour faire les bonnes tâches	Nombre d'ordonnances collectives adoptées.	S.O.	50	✓

✓ **Atteint** ▽ **En voie d'être atteint** ○ **Non atteint**

3. Enjeu – Partenariat				
Objectif	**Cible**	**Résultat 2013-2014**	**Résultat 2014-2015**	**Atteinte de la cible**
3.1 Renforcer nos liens de partenariat et contribuer à optimiser la concertation dans le respect des missions respectives				
Contribuer aux travaux visant la clarification et la bonification de l'offre de service aux TED, incluant le répit dépannage et l'hébergement. *(Cible régionale)*	Déposer à l'Agence un portrait local des services offerts à la clientèle TED par le réseau local de service.	S.O.	Élaboration du portrait local de services requis	✓
	Participer aux travaux régionaux.	Participation active	Participation active	✓
3.2 Conjuguer nos efforts avec ceux de nos partenaires pour améliorer l'offre de service				
Participer aux travaux régionaux des dossiers médicaux électroniques (DMÉ).	Soutenir l'utilisation des DMÉ dans les cliniques médicales.	Participation active	Participation active	✓
Participer aux travaux régionaux du Dossier santé Québec (DSQ) et du Dossier clinique informatisé (DCI). *(Cible régionale)*	Participer aux travaux régionaux.	Participation active	Participation active	✓
	Soutenir l'utilisation des DCI dans les établissements.	S.O.	Participation active	✓
Exploiter les informations médico-administratives oncologiques recueillies dans les registres locaux du cancer.	Mettre en place et diffuser un tableau de bord contenant des données médico-administratives sur les patients atteints de cancer et en faire l'analyse.	S.O.	Réalisé	✓
Assurer le développement des services en cancérologie selon le plan directeur de la Direction québécoise de cancérologie (DQC).	Mettre en place une gouverne locale en cancérologie en cogestion médicale et clinico-administrative.	S.O.	Réalisé	✓
	Réviser le plan local selon le plan directeur et le plan d'action 2013-2015 de la DQC.	S.O.	Réalisé	✓
	Participer et collaborer aux travaux régionaux.	S.O.	Participation active	✓

✓ **Atteint** ▽ **En voie d'être atteint** ○ **Non atteint**

Objectif	Cible	Résultat 2012-2013	Résultat 2013-2014	Atteinte de la cible
Élaborer une entente de service entre des centres affiliés et des centres partenaires pour le cancer du poumon et de l'œsophage.	Élaborer une entente de service.	S.O.	Aucun développement	O
Commentaire : Travaux toujours en cours, en collaboration avec les responsables du dossier au niveau régional.				
Améliorer l'offre de service à la clientèle en déficience physique, intellectuelle et/ou ayant un trouble envahissant du développement. *(Cible régionale)*	Participer et collaborer aux travaux régionaux menant à une entente de collaboration.	S.O.	Participation active	✓
Lutte contre la maltraitance envers les personnes âgées.	Nombre de rencontres de la table multisectorielle en maltraitance.	Aucune rencontre; toutefois, le comité clinique pour les situations de maltraitance est demeuré actif	Aucune rencontre; toutefois, le comité clinique pour les situations de maltraitance est demeuré actif	✓
	Nombre d'intervenants formés par les formateurs du CSSS.	Planification en cours	15 au SAD	✓
	Élaboration et dépôt d'un plan d'action territorial.	Travaux en cours Participation active	Participation active	▽

✓ **Atteint** ▽ **En voie d'être atteint** O **Non atteint**

Objectif	Cible	Résultat 2013-2014	Résultat 2014-2015	Atteinte de la cible
3.3 Améliorer la satisfaction de la clientèle et des partenaires à l'égard de notre prestation de soins et de services				
Faire des projets en partenariat avec la communauté.	Offrir un support aux organismes communautaires.	En partenariat avec l'Action communautaire du CSSS, création de l'organisme *Au sein des femmes*	Élaboration d'un projet de partenariat « Je te comprends, je te parle » avec Filons jeunesse et Avenir d'enfants pour des services d'orthophonie en jeunesse	✓
3.4 Optimiser la communication avec nos partenaires				
Améliorer la connaissance des services offerts par notre organisation auprès de nos partenaires et vice-versa.	Réaliser au moins 3 activités de visibilité et de connaissance sur les services de l'un ou de l'autre.	Participation intersectorielle au « Projet d'intégration sociale à la Ressourcerie Bernard-Hamel » Maintenir et renforcer l'accès au milieu de formation en travail adapté pour la clientèle en santé mentale Section réservée aux partenaires dans les éditions du journal interne	Défi santé 0-5-30 en collaboration avec les partenaires du réseau Organisation de midis-conférences en collaboration avec l'Action communautaire et le conseil multidiciplinaire Section réservée aux partenaires dans les éditions du journal interne	✓

✓ **Atteint** ▽ **En voie d'être atteint** ○ **Non atteint**

Objectif	Cible	Résultat 2013-2014	Résultat 2014-2015	Atteinte de la cible
3.5 Améliorer, avec la collaboration de nos partenaires, l'accessibilité aux services de 1re ligne				
Offrir un programme d'intervention en négligence et un programme d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu.	Consolidation des programmes.	Programme PAF implanté Programme CAFE implanté	Programme PAF implanté Programme CAFE implanté	✓
Poursuivre le déploiement des groupes de médecine familiale (GMF).	Ajouter un site clinique à un GMF existant à partir d'une UMF existante ou d'un site CLSC (comportant des médecins ayant une pratique de 1re ligne).	Ajout de ressources en GMF et collaboration active	GMF en multi-sites	✓
	70 % de la population est inscrite auprès d'un médecin de famille.	72 %	69 %	▽

✓ **Atteint** ▽ **En voie d'être atteint** ○ **Non atteint**

4. Enjeu – Offre de service				
Objectif	**Cible**	**Résultat 2013-2014**	**Résultat 2014-2015**	**Atteinte de la cible**
4.1 Planifier et mettre en œuvre l'organisation de service à partir du portrait de santé de notre population				
Améliorer l'accès au Programme québécois de dépistage du cancer du sein.	90 % des femmes pour qui le délai de 12 jours ouvrables suivant la date de la mammographie est respecté pour le premier rendez-vous d'examen d'investigation, incluant la clientèle du CSSS du Témiscamingue.	77 %	66 %	○
Commentaire : Amélioration depuis les dernières années. En attente de la révision du processus administratif concernant l'envoi des lettres aux femmes ciblées.				
Se conformer aux normes du Protocole d'immunisation du Québec.	90 % des enfants reçoivent les doses selon le calendrier régulier du PIQ :			
	DCaT-VPH-Hib :	96 %	94 %	✓
	DCaT-HB-VPI-Hib :	85,6 %	94 %	✓
	Méningocoque de sérogroupe C :	85,1 %	87,6 %	▽
Commentaire : Sensibilisation et promotion accrue en ce qui a trait à la vaccination des jeunes enfants auprès des parents. Révision organisationnelle des plages horaires offertes à la population ciblée afin d'améliorer les résultats. Des actions sont en place afin d'augmenter les taux pour 2015-2016.				
Améliorer l'accès au dépistage des ITSS auprès des clientèles vulnérables.	465 activités de dépistage.	S.O.	263	○
Commentaires : Depuis les 2 dernières années, les données ITSS sont redistribuées à d'autres centres d'activités. Il faudra ajuster la cible en tenant compte des directives du MSSS à cet égard.				
Compiler des données sur les soins et services offerts en suppléance rénale.	Compiler des données administratives sur la clientèle en prédialyse, dialyse péritonéale et hémodialyse à différentes périodes.	S.O.	Réalisé	✓
	D'ici le 15 septembre 2014, dresser le portrait local de l'offre de service en suppléance rénale.	S.O.	Aucun développement à cet effet au niveau régional	○

✓ **Atteint** ▽ **En voie d'être atteint** ○ **Non atteint**

Objectif	Cible	Résultat 2013-2014	Résultat 2014-2015	Atteinte de la cible
4.2 Poursuivre les activités permettant d'assurer une prestation sécuritaire des soins et services				
Augmenter le pourcentage d'employés qui sont vaccinés contre l'influenza.	80 %	68 %	72 %	▽
Commentaire : Amélioration notable depuis 2013. Les résultats excluent désormais les stagiaires, médecins et bénévoles; si ces membres de l'organisation y sont inclus, le résultat est de 86,4 %.				
Déployer un service d'intervention en situation de crise.	Établir un système de garde 24/7du jeudi soir au dimanche soir inclusivement pour des services d'intervention en situation de crise.	Projet MOI-TS en cours	Réalisé	✓
Déclaration des accidents et incidents.	Saisir les événements indésirables survenus entre le : -1er avril et le 30 septembre : au plus tard le 20 octobre 2014 -1er octobre et le 31 mars : au plus tard le 16 avril 2015	S.O.	Réalisé	✓
Effectuer la prévention en regard des chutes et des événements indésirables liés à la médication.	Fait état du suivi accordé aux recommandations émises par le MSSS.	S.O.	Travaux en cours	▽
Désigner une personne responsable et maintenir une instance de coordination active en sécurité civile au sein de l'établissement.	Nommer un coordonnateur de sécurité civile.	S.O.	Réalisé	✓
	Nommer les personnes responsables de chacun des volets de coordination locale en sécurité civile.	S.O.	Réalisé	✓
	Nommer un substitut pour chaque personne responsable.	S.O.	Réalisé	✓
Poursuivre l'implantation du formulaire de référence pour l'accès aux services du CSSS avec la ligne d'intervention téléphonique en prévention du suicide de l'Abitibi-Témiscamingue.	Nombre d'appels répondus par période en provenance de la ligne.	Formulaire implanté, une seule référence reçue	0 Aucun appel reçu	✓

✓ **Atteint** ▽ **En voie d'être atteint** ○ **Non atteint**

Objectif	Cible	Résultat 2013-2014	Résultat 2014-2015	Atteinte de la cible
Éliminer les zones grises en hygiène et salubrité.	100 % des étapes réalisées pour l'élimination des zones grises.	83, 3 %	91,67 %	▽
Maintenir les taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils provinciaux établis.	Diarrhées associées au Clostridium difficile : moins de 6,30 cas / 10 000 jours-présence.	5,09 cas/ 10 000 jours-présence	1,99 / 10 000 jours-présence	✓
	Bactériémies à Staphylococcus aureus résistant à la méthiciline : Moins de 0,56 cas / 10 000 jours-présence.	1,35 cas/ 10 000 jours-présence	0,4 / 10 000 jours-présence	✓
4.3 Agir efficacement en promotion et en prévention par des programmes de sensibilisation aux saines habitudes de vie				
Intensifier les activités dans le cadre du programme École en santé.	Élaborer une planification conjointe des activités à déployer en promotion et en prévention.	S.O.	Travaux en cours et entente en consultation	▽
4.4 Favoriser l'utilisation optimale des compétences du personnel en réponse aux besoins évolutifs de la population				
Accroître la disponibilité des professionnels en GMF.	Nombre de professionnels ajoutés.	S.O.	5 ressources additionnelles	✓
Augmenter l'offre globale des services de soutien à domicile de longue durée.	2,00 interventions à domicile par jour par ETC en services psychosociaux.	1,05	1,09*	▽
	1,70 intervention à domicile par jour par ETC en nutrition.	1,21	1,90	✓
	1,11 intervention à domicile par jour par ETC en ergothérapie.	0,99	1,39*	▽
	Évaluer ou réévaluer, à l'aide de l'outil d'évaluation multiclientèle (OÉMC), tous les usagers en services de soutien à domicile de longue durée.	S.O.	97 %	▽

✓ **Atteint** ▽ **En voie d'être atteint** ○ **Non atteint**

Objectif	Cible	Résultat 2013-2014	Résultat 2014-2015	Atteinte de la cible
	37 978 heures de service de soutien à domicile longue durée rendues.	49 354 heures	107 627 heures	✓
Commentaire : *Données de la période 9. Données de la période 13 non disponibles. Concernant les services psychosociaux, ce résultat s'explique par le haut taux de roulement du personnel. Une réorganisation du travail a été réalisée.				
Améliorer l'accessibilité aux chirurgies par l'entremise du mécanisme central d'accès aux chirurgies.	90 % des personnes inscrites traitées à l'intérieur d'une période de 6 mois pour :			
	- une chirurgie d'un jour :	87,8 %	97,1 %	✓
	- une chirurgie avec hospitalisation :	92,5 %	97,4 %	✓
	- une cataracte :	89 %	99,4 %	✓
	70 % des personnes atteintes d'un cancer traitées par chirurgie oncologique à l'intérieur du délai de 28 jours.	65,9 %	80,8 %	✓
	100 % des personnes atteintes d'un cancer traitées par chirurgie oncologique à l'intérieur du délai de 56 jours.	S.O.	99 %	✓
	Aucune demande de chirurgie en attente depuis plus d'un an pour :			
	- une chirurgie d'un jour :	0	1	▽
	- une chirurgie avec hospitalisation :	0	0	✓
	- une cataracte :	0	1	▽
Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les *Services intégrés en périnatalité et petite enfance* (SIPPE) au cours de l'année de référence.	0,25 visite à domicile de la 12e semaine de grossesse à l'accouchement moins un jour (prénatal).	S.O.	0,36	✓
	0,5 visite à domicile de la naissance à la 6e semaine de vie de l'enfant (postnatal 1).	S.O.	0,83	✓

✓ **Atteint** ▽ **En voie d'être atteint** ○ **Non atteint**

Objectif	Cible	Résultat 2013-2014	Résultat 2014-2015	Atteinte de la cible
	0,15 visite à domicile de la 7e semaine au 12e mois de vie de l'enfant (postnatal 2).	S.O.	0,25	✓
	0,05 visite à domicile du 13e au 60e mois de vie de l'enfant (postnatal 3).	S.O.	0,11	✓
4.5 Optimiser l'offre de service, en collaboration avec la communauté, en soutien à domicile et en hébergement				
Poursuivre la mise en place des réseaux de services intégrés pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (RSIPA).	Degré d'implantation visé : 73 %	70,5 %	80,77 %	✓
4.6 Contribuer au renforcement de l'autonomie de la clientèle				
Consolider l'implantation du modèle de lutte aux maladies chroniques.	3 ateliers de groupe réalisés dans le cadre du programme d'autogestion des soins.	2 ateliers Toutes les références ont été répondues	1 atelier Toutes les références ont été répondues	○
	Commentaire : Malgré les efforts déployés à la promotion et à publiciser les ateliers, un seul atelier a été réalisé.			
	Nombre de personnes suivies par l'équipe dédiée aux maladies chroniques.	10 usagers pris en charge	107 usagers pris en charge	✓
	Nombre d'inscriptions au groupe de médecine de famille (GMF).	29 468 personnes	33 171 personnes	✓

✓ **Atteint** ▽ **En voie d'être atteint** ○ **Non atteint**

5. Enjeu – Optimisation				
Objectif	**Cible**	**Résultat 2013-2015**	**Résultat 2014-2015**	**Atteinte de la cible**
5.1 Permettre une plus grande responsabilisation des membres de l'organisation en vue d'une mobilisation vers l'atteinte d'une performance collective				
Assurer l'appropriation des indicateurs suivis par les gestionnaires avec les rencontres de suivi des bonnes pratiques de gestion.	Nombre de rencontres.	S.O.	47 rencontres	✓
5.2 Dans un cadre où les ressources sont limitées, améliorer la performance globale de l'organisation par l'équilibre des aspects suivants : clinique, financier, qualité et main-d'œuvre				
Mettre en place des mesures d'optimisation de l'utilisation des ressources.	Collaborer aux travaux de mise à niveau de l'ensemble du courrier électronique. *(Cible régionale)*	En attente des directives régionales	Travaux en cours	▽
	Collaborer à la mise en œuvre, à la mise à niveau et au respect des échéanciers du plan triennal régional pour la gestion du parc des postes de travail. *(Cible régionale)*	Collaboration active	Réalisé	✓
	Collaborer à l'optimisation des centres de traitement des données. *(Cible régionale)*	Collaboration active	Collaboration active	▽
	Collaborer aux travaux d'optimisation régionaux des laboratoires et des analyses de biologie médicale.	Collaboration active	Collaboration active	▽
	Mesurer l'état de situation pour la mise en œuvre des phases 1 et 2 du programme d'amélioration de l'efficacité de la consommation d'eau potable.	Phase 1 - mis en œuvre Phase 2 - en cours de réalisation	Complété	✓

✓ **Atteint** ▽ **En voie d'être atteint** ○ **Non atteint**

Objectif	Cible	Résultat 2013-2015	Résultat 2014-2015	Atteinte de la cible
Participer à la mise en place d'une gouvernance régionale des ressources informationnelles.	Transmettre à l'Agence : Le PTPARI* d'ici le 1er octobre 2014 Les PARI** 2015-2016 d'ici le 1er avril 2015 Une déclaration concernant l'ESP*** d'ici le 1er octobre 2014.	PTPARI, PARI, ESP complétés dans les délais prescrits et conformes Participe au comité régional PGRI	Complété Complété Complété	✓ ✓ ✓
* Planification triennale des projets et activités en ressources informationnelles ** Programmation annuelle des projets et activités en ressources informationnelles *** État de santé des projets				
Assurer une occupation optimale des lits de courte durée en centre hospitalier.	Moins de trois personnes en processus ou en attente d'évaluation et d'orientation.	4,3	6,14	O
	Moins de trois personnes en attente d'une place en CHSLD (excluant la santé mentale).	4,7	7,0	O
	Commentaire : La fermeture du Versant Nord a occasionné une augmentation des cas de fin de soins actifs occupant des lits de courte durée. Des travaux sont en cours afin de travailler sur la pertinence des hospitalisations.			
	Moins de trois personnes en attente d'une place en ressource non institutionnelle (excluant la santé mentale).	4	2,4	✓
	Moins de trois personnes en attente d'une place d'hébergement de longue durée en santé mentale.	1,5	0	✓

✓ **Atteint** ▽ **En voie d'être atteint** O **Non atteint**

Sources : *Entente de gestion et d'imputabilité 2014-2015*
Planification stratégique 2010-2015

Note 1 : Effectifs de l'établissement	**2013-2014**	**2014-2015**
Les cadres : - Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	51	46
- Temps partiel Nombre de personnes : Équivalents temps complet (a) (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	5	5
Nombre de cadres en stabilité d'emploi	0	0
Les employés réguliers : - Temps complet (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	581	567
- Temps partiel Nombre de personnes : Équivalents temps complet (a) (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	296	304
- Nombre d'employés en sécurité d'emploi	0	3
Les occasionnels : - Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	573 085	585 044
- Équivalents temps complet (b)	314	320

(a) L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les cadres et les employés réguliers : Nombre d'heures de travail, selon le contrat de travail, divisé par le nombre d'heures de travail d'un employé à temps complet du même corps d'emploi.

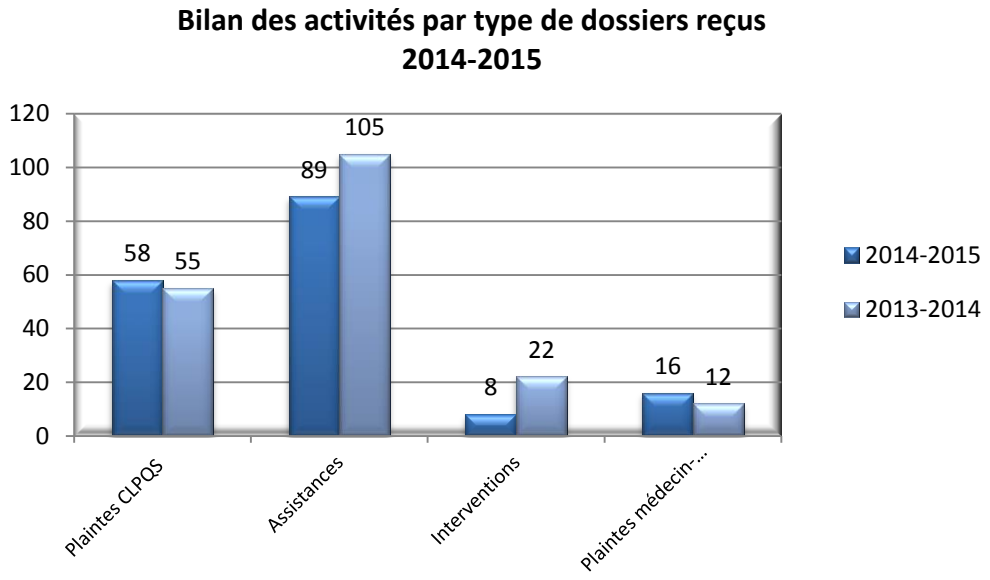
(b) L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les occasionnels : Nombre d'heures rémunérées divisé par 1827 heures ou 1834 (année bissextile).

Examen des plaintes et promotion des droits des usagers

En 2014-2015, 171 dossiers ont été ouverts, soit une diminution de 14 % par rapport à l'exercice précédent. On remarque une augmentation de 10 % des dossiers de plaintes reçues, tant par la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services (CLPQS) que par le médecin-examinateur.

Le tableau 1 nous indique que 74 dossiers de plaintes ont été ouverts, soit 58 qui ont été traités par la CLPQS et 16 qui ont été transmis au médecin-examinateur. La CLPQS a répondu à 89 demandes d'assistance en 2014-2015; cette donnée a diminué de 17 % comparativement à 2013-2014. Ces demandes consistent à faire un lien entre une personne, les ressources ou les services appropriés dans le but de régler une situation ou une préoccupation. Au cours de l'année, la CLPQS est intervenue à 8 reprises à la suite des faits rapportés ou observés, basés sur des motifs raisonnables de croire que les droits des usagers ou d'un groupe d'usagers n'étaient pas respectés, alors qu'en 2013-2014 il y avait eu 22 interventions.

Tableau 1



Le tableau 2 indique le niveau de traitement des plaintes pour la CLPQS et pour le médecin-examinateur.

Tableau 2

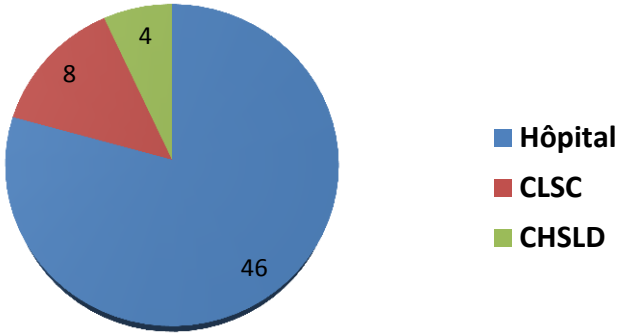
Plaintes selon le niveau de traitement

	En cours d'examen au début de l'exercice	Reçues durant l'exercice	Conclues durant l'exercice	En cours d'examen à la fin de l'exercice	Transmises au 2e palier
Commissaire locale aux plaintes	6	58	61	3	3
Médecin-examinateur	2	16	16	2	2

Le tableau 3 nous démontre la répartition des plaintes reçues s'adressant à la CLPQS selon la mission. Comme par les années passées, le plus grand nombre de plaintes provient de la mission hôpital.

Tableau 3

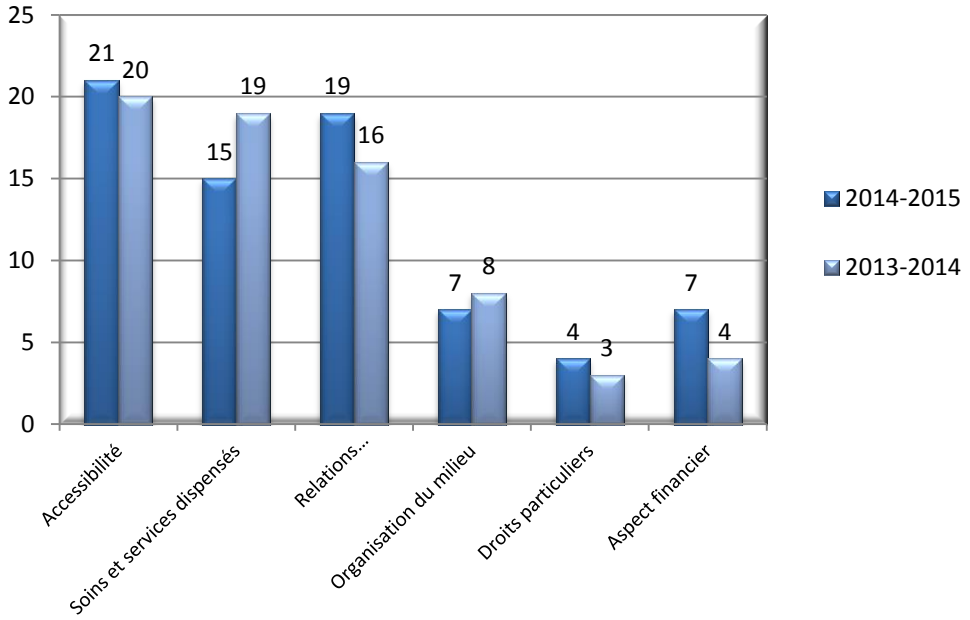
Plaintes reçues par la CLPQS selon la mission 2014-2015



Comme illustré au tableau 4, les 61 dossiers de plaintes dont l'examen a été conclu par la CLPQS au cours de l'exercice comprenaient 73 motifs, ce qui représente une légère augmentation par rapport à l'année précédente. Nous observons que le nombre de motifs de plaintes est supérieur au nombre de plaintes, car une plainte peut comporter plusieurs objets d'insatisfaction. Le principal motif de plainte en 2014-2015 est l'accessibilité.

Tableau 4

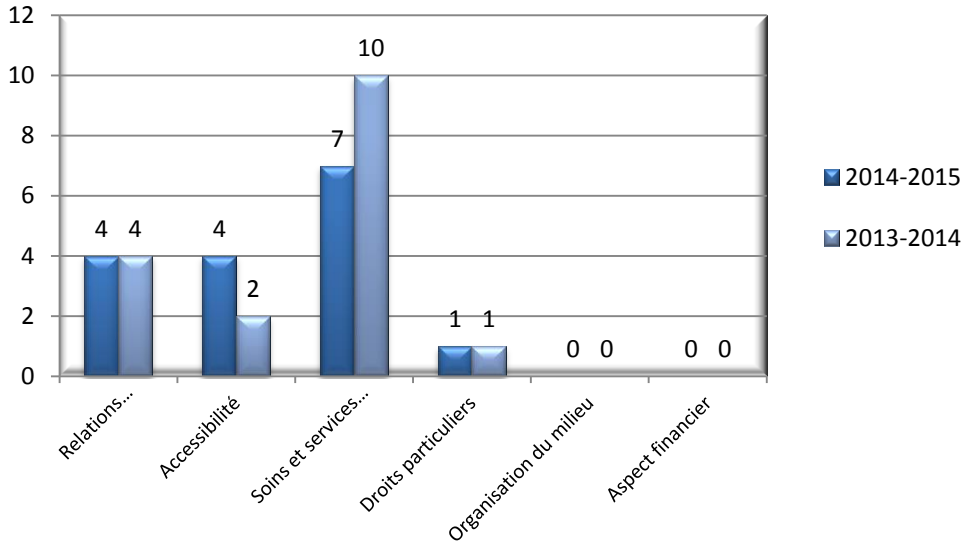
Motifs des plaintes conclues par CLPQS
2014-2015



Le tableau 5 nous indique les motifs des plaintes conclues par le médecin-examinateur. Le principal motif évoqué est celui des soins et services dispensés, soit le même qu'en 2013-2014.

Tableau 5

Motifs des plaintes conclues par le médecin-examinateur
2014-2015



On retrouve au tableau 6 l'état des dossiers de plaintes dont l'examen a été conclu par la CLPQS et le médecin-examinateur selon le délai d'examen. Il est prévu par la Loi sur les services de santé et les services sociaux que l'usager soit informé des conclusions motivées du CLPQS et du médecin-examinateur au plus tard dans les 45 jours de la réception de la plainte.

Les délais de plus de 45 jours peuvent s'expliquer par la difficulté de la CLPQS et du médecin-examinateur d'obtenir les informations des usagers ou des intervenants, certains étant absents du travail. Lors de ces situations, les usagers sont informés par la CLPQS ou le médecin-examinateur des raisons qui motivent le délai supplémentaire.

Tableau 6

Dossiers de plaintes dont l'examen a été conclu selon le délai d'examen

	CLPQS		Médecin-examinateur	
	2014-2015	2013-2014	2014-2015	2013-2014
1 à 45 jours	35	37	3	3
45 à 90 jours	20	12	5	7
91 jours et plus	6	2	8	5
Sous-total	61	51	16	15

Pour ceux et celles qui souhaitent obtenir une copie du rapport complet, veuillez-vous adresser à la direction générale de l'établissement ou rendez-vous sur le site Internet du Centre de santé et de services sociaux de Rouyn-Noranda (www.csssrn.qc.ca).

L'agrément

En cours d'année, l'organisation a procédé à la révision de sa structure Agrément et à la poursuite des travaux préparatifs à la visite de mars 2015. C'est avec une grande fierté que l'ensemble des membres de l'organisation a reçu la confirmation de son statut d'établissement agréé par Agrément Canada et les résultats finaux démontrant une évolution grandissante de l'application des plus hauts niveaux de standards de soins avec une note globale de 95 %.

Ce processus d'évaluation continue de la qualité a également permis de procéder à différents sondages visant à évaluer le degré d'appréciation des services rendus à la clientèle et aux personnes hébergées, le niveau de mobilisation du personnel et celui dédié à apprécier le niveau de culture de sécurité des usagers. Utilisés dans une optique d'amélioration continue de la qualité des soins et des services, les résultats serviront de base à l'optimisation des processus.

Confirmant les forces des équipes de travail et l'implication de tous les secteurs et services, les efforts déployés ont été de tous les instants et sont teintés d'un degré de mobilisation démontrant une culture d'amélioration continue des processus. Portées par les résultats tangibles de cette démarche, les équipes sont déjà mobilisées à la poursuite des travaux de suivis et la quête d'excellence.

La sécurité des soins et services

Plusieurs constats ont été tirés de l'évaluation annuelle de l'application des mesures de contrôle des usagers (art 118.1). Pour l'année 2014-2015, les ajustements se sont poursuivis et les divers services concernés ont intégré les nouvelles pratiques. D'autres formations ont été dispensées au personnel de l'hôpital.

Également, des formations sur les mesures de contrôle ont été offertes au CÉPI. De courtes présentations ont également été données aux nouveaux employés tout au long de l'année. Ainsi, tous nos employés sont au fait de nos pratiques en matière de mesures de contrôle et savent à qui référer en cas de besoin.

Par ailleurs, la personne désignée au dossier des mesures de contrôle a été régulièrement interpellée pour fournir une opinion professionnelle dans des situations plus complexes.

Résultats obtenus en 2014-2015

La diminution du recours aux mesures de contrôle, telle qu'exigée dans les Orientations ministérielles en matière de mesures de contrôle, s'est poursuivie. Nous observons des diminutions pour presque chacun de nos indicateurs de suivi.

À l'hôpital, nous observons des diminutions pour tous les indicateurs. La plus grande amélioration se situe au niveau des révisions de l'application d'une mesure de contrôle. De 34 révisions en 2013-2014, nous passons à 106 révisions en 2014-2015, soit une amélioration de 300 %.

En ce qui a trait au recours aux services privés, la diminution de l'an dernier s'est poursuivie. De 127 quarts de travail avec services privés en 2013-2014, nous en comptons 102 en 2014-2015.

Pour le secteur de l'hébergement longue durée, nous observons également des diminutions au niveau de tous les indicateurs de suivi, sauf un. En effet, le nombre de révisions de l'application d'une mesure de contrôle est beaucoup moins élevé que l'an passé. De 179 révisions en 2013-2014, on en compte seulement 72 en 2014-2015. Une attention particulière devra être portée à ce problème en 2015-2016.

Par contre, on observe une amélioration marquée au niveau du nombre de contentions au cours de l'année 2014-2015. De 1125 contentions en 2013-2014, on en compte 791 en 2014-2015.

Les modes d'information et de consultation de la population

La diffusion d'information à la population et sa consultation occupent une place centrale dans les activités de communication externes du CSSS de Rouyn-Noranda. D'une part, nos outils de communication permettent à la population de bien connaître les soins et les services que nous offrons ainsi que les enjeux de l'organisation. D'autre part, nous déployons des actions pour mettre la population, notamment nos partenaires de la communauté, à contribution à l'égard de l'organisation des services et pour connaître sa satisfaction en regard des services obtenus.

L'information

Voici les principaux moyens utilisés pour informer la population :

- Le site Internet : toutes les informations pertinentes et les publications sont disponibles en tout temps au www.csssrn.qc.ca.
- Le Pouls : le journal interne de l'établissement (7 parutions de 12 pages par année) est distribué à plus de 200 partenaires et aux médias. Toutes les éditions sont disponibles sur le site Web de l'organisation.
- L'Info-CA : un bulletin qui résume les séances du conseil d'administration (8 parutions par année) est distribué à plus de 200 partenaires et aux médias. Toutes les éditions sont disponibles sur le site Web.
- Les communiqués de presse : documents qui permettent de communiquer des nouvelles de l'organisation. Distribués aux médias et à plus de 200 partenaires. Tous les communiqués de presse sont disponibles sur le site Web.
- Les relations de presse : le CSSS de Rouyn-Noranda répond avec transparence aux demandes d'entrevues des médias, ce qui nous permet de bien communiquer avec la population.

La consultation

Voici les principales activités pour lesquelles la population a été consultée :

- Sondage de satisfaction à l'égard des services;
- Sondage de satisfaction de la clientèle réalisé dans le cadre de la démarche d'Agrément;
- Lors des rencontres régulières du comité des usagers et du comité des résidents;
- La section du site Web traitant de la satisfaction des services permet à la population d'émettre ses commentaires en tout temps.

4. Rapport financier

- État des résultats – Tous les fonds
- État des résultats – Fonds d'exploitation
- État des surplus (déficits) cumulés
- État de la situation financière
- État de la variation des actifs financiers nets (dette nette)
- État des flux de trésorerie
- Les notes aux états financiers
- Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés
- Tableau de l'état du suivi des réserves, commentaires et observations formulés par l'auditeur indépendant

État des résultats – Tous les fonds

Nom de l'établissement	Code	Page / Idn.
CSSS de Rouyn-Noranda	1104-4476	200-00 /

Tous les fonds — exercice terminé le 31 mars 2015-AUDITÉE

ÉTAT DES RÉSULTATS

		Budget	Exploitation Ex.courant (R.deP358 C4)	Immobilisations Exercice courant (Note 1)	Total Ex.courant C2+C3	Total Ex. préc
		1	2	3	4	5
REVENUS						
Subventions Agence et MSSS (FI:P408)	1	83 818 518	80 558 114	5 712 511	86 270 625	84 256 871
Subventions Gouvernement du Canada (FI:P294)	2					63 764
Contributions des usagers	3	4 477 500	4 410 733	XXXX	4 410 733	4 580 182
Ventes de services et recouvrements	4	1 211 000	1 263 499	XXXX	1 263 499	1 276 862
Donations (FI:P294)	5	300 000		286 320	286 320	289 722
Revenus de placement (FI:P302)	6	27 000	26 390	1 636	28 026	24 130
Revenus de type commercial	7	150 000	142 842	XXXX	142 842	147 720
Gain sur disposition (FI:P302)	8					
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres revenus (FI:P302)	11	1 062 655	1 285 413	57 824	1 343 237	1 886 394
TOTAL (L.01 à L.11)	12	91 046 673	87 686 991	6 058 291	93 745 282	92 525 645
CHARGES						
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	13	63 265 340	65 642 798	XXXX	65 642 798	62 652 845
Médicaments	14	2 938 978	3 165 196	XXXX	3 165 196	3 284 840
Produits sanguins	15	1 376 499	860 399	XXXX	860 399	1 376 499
Fournitures médicales et chirurgicales	16	2 614 274	3 157 889	XXXX	3 157 889	3 203 923
Denrées alimentaires	17	782 347	948 499	XXXX	948 499	961 708
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles	18	2 319 759	2 511 908	XXXX	2 511 908	2 332 417
Frais financiers (FI:P325)	19	1 800 000		1 717 531	1 717 531	1 883 302
Entretien et réparations, y compris les dépenses non capitalisables relatives aux immobilisations	20	1 176 713	620 854	238 740	859 594	819 417
Créances douteuses	21			XXXX		
Loyers	22	75 929	94 103	XXXX	94 103	42 579
Amortissement des immobilisations (FI:P422)	23	3 600 000	XXXX	3 547 739	3 547 739	3 519 696
Perte sur disposition d'immobilisations (FI:P420, 421)	24		XXXX			
	25	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	26	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres charges (FI:P325)	27	11 046 834	11 764 811		11 764 811	12 188 173
TOTAL (L.13 à L.27)	28	90 996 673	88 766 457	5 504 010	94 270 467	92 265 399
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.28)	29	50 000	(1 079 466)	554 281	(525 185)	260 246

Note 1: la colonne 3 s'applique aux établissements publics seulement

AS-471 - Rapport financier annuel — Gabarit LPRG-2015.1.0 — Révisée: 2013-2014

Timbre valideur: **2015-06-09 11:47:11** — Rapport V 1.0

État des résultats – Fonds d'exploitation

Nom de l'établissement	Code	Page / Idn.
CSSS de Rouyn-Noranda	1104-4476	358-00 /

Fonds d'exploitation — exercice terminé le 31 mars 2015 - AUDITÉE

ÉTAT DES RÉSULTATS

		Budget	Activités principales	Activités accessoires	Total (C2+C3)	Exercice précédent
		1	2	3	4	5
REVENUS						
Subventions Agence et MSSS (P362)	1	78 818 518	80 293 143	264 971	80 558 114	79 022 837
Subventions Gouvernement du Canada (C2:P290/C3:P291)	2					63 764
Contributions des usagers (P301)	3	4 477 500	4 410 733	XXXX	4 410 733	4 580 182
Ventes de services et recouvrements (P320)	4	1 211 000	1 263 499	XXXX	1 263 499	1 276 862
Donations (C2:P290/C3:P291)	5					
Revenus de placement (P302)	6	25 000	26 390		26 390	22 158
Revenus de type commercial (P351)	7	150 000	XXXX	142 842	142 842	147 720
Gain sur disposition (P302)	8					
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres revenus (P302)	11	919 655	1 180 788	104 625	1 285 413	1 707 907
TOTAL (L.01 à L.11)	12	85 601 673	87 174 553	512 438	87 686 991	86 821 430
CHARGES						
Salaires, avantages sociaux et charges sociales (C2:P320/C3:P351)	13	63 265 340	65 446 209	196 589	65 642 798	62 652 845
Médicaments (P750)	14	2 938 978	3 165 196	XXXX	3 165 196	3 284 840
Produits sanguins	15	1 376 499	860 399	XXXX	860 399	1 376 499
Fournitures médicales et chirurgicales (P755)	16	2 614 274	3 157 889	XXXX	3 157 889	3 203 923
Denrées alimentaires	17	782 347	948 499	XXXX	948 499	961 708
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles (P650)	18	2 319 759	2 511 908	XXXX	2 511 908	2 332 417
Frais financiers (P325)	19			XXXX		
Entretien et réparations (C2:P650 c/a 7800)	20	1 131 713	620 854		620 854	776 892
Créances douteuses (C2:P301)	21					
Loyers	22	75 929	94 103		94 103	42 579
	23	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres charges (P325)	24	11 046 834	11 448 962	315 849	11 764 811	12 188 173
TOTAL (L.13 à L.24)	25	85 551 673	88 254 019	512 438	88 766 457	86 819 876
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.25)	26	50 000	(1 079 466)	0	(1 079 466)	1 554

AS-471 - Rapport financier annuel — Gabarit LPRG-2015.1.0 — Révisée: 2013-2014

Timbre valideur: 2015-06-09 11:47:11 — Rapport V 1.0

État des surplus (déficits) cumulés

Nom de l'établissement	Code	Page / Idn.
CSSS de Rouyn-Noranda	1104-4476	202-00 /

Tous les fonds — exercice terminé le 31 mars 2015-AUDITÉE

ÉTAT DES SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS

		Fonds Exploitation Ex.courant	Fonds immobilisations Ex.courant	Total Ex.courant (C1+C2)	Total Ex.préc.	Notes
		1	2	3	4	
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	1	(1 469 832)	717 495	(752 337)	(1 012 583)	
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures (préciser)	2					
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures (préciser)	3				XXXX	
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT REDRESSÉS (L.01 à L.03)	4	(1 469 832)	717 495	(752 337)	(1 012 583)	
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	5	(1 079 466)	554 281	(525 185)	260 246	
Autres variations:						
Transferts interétablissements (préciser)	6					
Transferts interfonds (préciser)	7					
Autres éléments applicables aux établissements privés conventionnés (préciser)	8		XXXX			
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	
TOTAL DES AUTRES VARIATIONS (L.06 à L.09)	10					
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS À LA FIN (L.04 + L.05 + L.10)	11	(2 549 298)	1 271 776	(1 277 522)	(752 337)	
Constitués des éléments suivants:						
Affectations d'origine externe	12	XXXX	XXXX			
Affectations d'origine interne	13	XXXX	XXXX			
Solde non affecté (L.11 - L.12 - L.13)	14	XXXX	XXXX	(1 277 522)	(752 337)	
TOTAL (L.12 à L.14)	15	XXXX	XXXX	(1 277 522)	(752 337)	

AS-471 - Rapport financier annuel — Gabarit LPRG-2015.1.0 — Révisée: 2013-2014

Timbre valideur: **2015-06-09 11:47:11** — Rapport V 1.0

État de la situation financière

Nom de l'établissement	Code	Page / Idn.
CSSS de Rouyn-Noranda	1104-4476	204-00 /

Tous les fonds — exercice terminé le 31 mars 2015-AUDITÉE

ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE

	FONDS	Exploitation	Immobilisations	Total Ex.courant (C1+C2)	Total Ex.préc.
		1	2	3	4
ACTIFS FINANCIERS					
Encaisse (découvert bancaire)	1	522 950	342 633	865 583	1 588 255
Placements temporaires	2	30 000		30 000	30 000
Débiteurs - Agence et MSSS (FE:P362, FI:P408)	3	1 510 228	523 001	2 033 229	3 146 195
Autres débiteurs (FE:P360, FI: P400)	4	710 883	105 475	816 358	1 344 115
	5	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Créances interfonds (dettes interfonds)	6	756 938	(756 938)	0	
Subvention à recevoir (perçue d'avance) - réforme comptable (FE:P362, FI:P408)	7	6 940 812	7 490 431	14 431 243	14 316 958
Placements de portefeuille	8				
Frais reportés liés aux dettes	9	XXXX	247 041	247 041	246 282
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	11	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments (FE: P360, FI: P400)	12	44 168	153	44 321	57 021
TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS (L.01 à L.12)	13	10 515 979	7 951 796	18 467 775	20 728 826
PASSIFS					
Emprunts temporaires (FE: P365, FI: P403)	14		1 474 193	1 474 193	1 360 048
Créditeurs - Agence et MSSS (FE: P362, FI: P408)	15				
Autres créditeurs et autres charges à payer (FE: P361, FI: P401)	16	6 861 525	697 964	7 559 489	8 181 491
Avances de fonds en provenance de l'agence - enveloppes décentralisées	17	XXXX	2 339 075	2 339 075	2 530 730
Intérêts courus à payer (FE: P361, FI: P401)	18		523 001	523 001	520 491
Revenus reportés (FE: P290 et 291, FI: P294)	19	162 491	1 744 564	1 907 055	2 457 009
	20	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Dettes à long terme (FI: P403)	21	XXXX	55 477 554	55 477 554	55 684 375
Passifs environnementaux (FI: P401)	22	XXXX			
Passif au titre des avantages sociaux futurs (FE: P363)	23	8 038 572	XXXX	8 038 572	7 681 191
	24	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments (FE: P361, FI: P401)	25	119 083		119 083	356 215
TOTAL DES PASSIFS (L.14 à L.25)	26	15 181 671	62 256 351	77 438 022	78 771 550
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)(L.13 - L.26)	27	(4 665 692)	(54 304 555)	(58 970 247)	(58 042 724)
ACTIFS NON FINANCIERS					
Immobilisations (FI: P420, 421, 422)	28	XXXX	55 576 331	55 576 331	55 227 186
Stocks de fournitures (FE: P360)	29	1 945 664	XXXX	1 945 664	1 897 628
Frais payés d'avance (FE: P360, FI: P400)	30	170 730		170 730	165 573
TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS (L.28 à L.30)	31	2 116 394	55 576 331	57 692 725	57 290 387
CAPITAL-ACTIONS ET SURPLUS D'APPORT	32		XXXX		
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS (L.27 + L.31 - L.32)	33	(2 549 298)	1 271 776	(1 277 522)	(752 337)

Obligations contractuelles (pages 635-00 à 635-03) et PPP (638-01 et 638-02)
Éventualités (pages 636-01 et 636-02)
Colonne 2: Établissements publics seulement
Ligne 06, Colonne 3: Le montant doit être égal à zéro
Ligne 32: applicable aux établissements privés seulement

AS-471 - Rapport financier annuel — Gabarit LPRG-2015.1.0 — Révisée: 2014-2015

Timbre valideur: **2015-06-09 11:47:11** — Rapport V 1.0

État de la variation des actifs financiers nets (dette nette)

Nom de l'établissement	Code	Page / Idn.
CSSS de Rouyn-Noranda	1104-4476	206-00 /

Tous les fonds — exercice terminé le 31 mars 2015-AUDITÉE

ÉTAT DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)

		Budget	Fonds Exploitation	Fonds Immobilisations	Total - Ex.Courant (C2+C3)	Total - Ex.Précédent
		1	2	3	4	5
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	1	(58 042 724)	(3 533 033)	(54 509 691)	(58 042 724)	(57 737 839)
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures	2					158
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures	3					XXXX
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT REDRESSÉ (L.01 à L.03)	4	(58 042 724)	(3 533 033)	(54 509 691)	(58 042 724)	(57 737 681)
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (P.200, L.29)	5		(1 079 466)	554 281	(525 185)	260 246
VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS:						
Acquisitions (FI:P421)	6		XXXX	(3 896 884)	(3 896 884)	(4 123 154)
Amortissement de l'exercice (FI:P422)	7		XXXX	3 547 739	3 547 739	3 519 696
(Gain)/Perte sur dispositions (FI:P208)	8		XXXX			
Produits sur dispositions (FI:P208)	9		XXXX			
Réduction de valeurs (FI:P420, 421-00)	10		XXXX			
	11	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	12	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	13	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS (L.06 à L.13)	14		XXXX	(349 145)	(349 145)	(603 458)
VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE:						
Acquisition de stocks de fournitures	15			XXXX		
Acquisition de frais payés d'avance	16					
Utilisation de stocks de fournitures	17		(48 036)	XXXX	(48 036)	(23 092)
Utilisation de frais payés d'avance	18		(5 157)		(5 157)	61 261
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE (L.15 à L.18)	19		(53 193)		(53 193)	38 169
Autres variations des surplus (déficits) cumulés	20					
AUGMENTATION (DIMINUTION) DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) (L.05 + L.14 + L.19 + L.20)	21		(1 132 659)	205 136	(927 523)	(305 043)
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) À LA FIN (L.04 + L.21)	22	(58 042 724)	(4 665 692)	(54 304 555)	(58 970 247)	(58 042 724)

AS-471 - Rapport financier annuel — Gabarit LPRG-2015.1.0 — Révisée: 2013-2014

Timbre valideur: **2015-06-09 11:47:11** — Rapport V 1.0

État des flux de trésorerie

Nom de l'établissement	Code	Page / Idn.
CSSS de Rouyn-Noranda	1104-4476	208-00 /

Tous les fonds — exercice terminé le 31 mars 2015 - AUDITÉE

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT			
Surplus (déficit) de l'exercice	1	(525 185)	260 246
ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE:			
Provisions liées aux placements de portefeuille et garanties de prêts	2		
Stocks de fournitures et frais payés d'avance	3	(53 193)	38 169
Perte (gain) sur disposition d'immobilisations	4		
Perte (gain) sur disposition de placements de portefeuille	5		
Amortissement des revenus reportés liés aux immobilisations:			
- Gouvernement du Canada	6		
- Autres	7		
Amortissement des immobilisations	8	3 547 739	3 519 696
Réduction pour moins-value des immobilisations	9		
Amortissement des frais d'émission et de gestion liés aux dettes	10		
Amortissement de la prime ou escompte sur la dette	11		
Subvention à recevoir - réforme comptable - immobilisations	12	14 325	16 016
Autres	13		
TOTAL DES ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE (L.02 à L.13)	14	3 508 871	3 573 881
Variation des actifs financiers et des passifs reliés au fonctionnement	15	283 202	935 009
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT (L.01 + L.14 + L.15)	16	3 266 888	4 769 136
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS			
Acquisitions d'immobilisations	17	(3 896 884)	(4 123 154)
Produits de disposition d'immobilisations	18		
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS (L.17 + L.18)	19	(3 896 884)	(4 123 154)
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT			
Variation des placements temporaires	20		
Placements de portefeuille effectués	21		
Produits de disposition de placements de portefeuille	22		
Placements de portefeuille réalisés	23		
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT (L.20 à L.23)	24		

AS-471 - Rapport financier annuel — Gabarit LPRG-2015.1.0 — Révisée: 2014-2015

Timbre valideur: 2015-06-09 11:47:11 — Rapport V 1.0

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE (SUITE)

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
ACTIVITÉS DE FINANCEMENT			
Dettes à long terme:			
Emprunts effectués - Dettes à long terme	1	4 266 413	24 696 847
Emprunts effectués - Refinancement de dettes à long terme	2	(342 085)	(19 399 142)
Emprunts remboursés - Dettes à long terme	3	(4 131 149)	(3 596 502)
Emprunts remboursés - Refinancement de dettes à long terme	4		
Capitalisation de l'escompte et de la prime sur la dette	5		
Variation des emprunts temporaires - fonds d'exploitation	6		
Emprunts temporaires - fonds d'immobilisations:			
Emprunts temporaires effectués - fonds d'immobilisations	7	4 386 008	23 503 536
Emprunts temporaires effectués - Refinancement fonds d'immobilisations	8	(4 203 960)	(24 547 675)
Emprunts temporaires remboursés - fonds d'immobilisations	9	(67 903)	(159 568)
Emprunts temporaires remboursés - Refinancement fonds d'immobilisations	10		
Variation du Fonds d'amortissement du gouvernement	11		
Autres	12		
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS DE FINANCEMENT (L.01 à L.12)	13	(92 676)	497 496
AUGMENTATION (DIMINUTION) DE LA TRÉSORERIE ET DES ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE (P.208-00, L.16 + L.19 + L.24 + P.208-01, L.13):	14	(722 672)	1 143 478
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE AU DÉBUT	15	1 618 255	474 777
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN (L.14 + L.15)	16	895 583	1 618 255
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN COMPRENNENT:			
Encaisse	17	865 583	1 588 255
Placements dont l'échéance n'excède pas 3 mois	18	30 000	30 000
TOTAL (L.17 + L.18)	19	895 583	1 618 255

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE (suite)

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS ET DES PASSIFS RELIÉS AU FONCTIONNEMENT:			
Débiteurs - Agence et MSSS	1	1 112 966	(89 706)
Autres débiteurs	2	527 757	(27 620)
Subvention à recevoir - réforme comptable - avantages sociaux futurs	3	(128 610)	(142)
Frais reportés liés aux dettes	4	(759)	(82 248)
Autres éléments d'actifs	5	12 700	(20 052)
Créditeurs - Agence et MSSS	6		
Autres créditeurs et autres charges à payer	7	(622 002)	620 709
Avances en provenance de l'agence - enveloppes décentralisées	8	(191 655)	(92 571)
Intérêts courus à payer	9	2 510	112 449
Revenus reportés	10	(549 954)	213 846
Passifs environnementaux	11		
Passifs au titre des avantages sociaux futurs	12	357 381	120 588
Autres éléments de passifs	13	(237 132)	179 756
TOTAL DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS ET DES PASSIFS RELIÉS AU FONCTIONNEMENT (L.01 à L.13)	14	283 202	935 009
AUTRES RENSEIGNEMENTS:			
Acquisitions d'immobilisations incluses dans les créditeurs au 31 mars	15		
Produits de disposition d'immobilisations inclus dans les débiteurs au 31 mars	16		
Autres éléments n'affectant pas la trésorerie et les équivalents de trésorerie	17		
Intérêts:			
Intérêts créditeurs (revenus)	18		
Intérêts encaissés (revenus)	19		
Intérêts débiteurs (dépenses)	20	1 631 661	1 846 770
Intérêts déboursés (dépenses)	21	1 683 151	1 734 321
Placements temporaires:			
Échéance inférieure ou égale à 3 mois:			
-Solde au 31 mars de l'exercice précédent	22		
-Solde au 31 mars de l'exercice courant	23	30 000	30 000
Échéance supérieure à 3 mois:			
-Solde au 31 mars de l'exercice précédent	24		
-Placements effectués	25		
-Placements réalisés	26		
-Solde au 31 mars de l'exercice courant (L.24 + L.25 - L.26)	27		

NOTES AUX ÉTATS FINANCIERS

NOTE 1 - STATUT ET NATURE DES OPÉRATIONS

Le Centre de santé et de services sociaux de Rouyn-Noranda est constitué en corporation par lettres patentes sous l'autorité de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) le 25 septembre 1974. Le siège social du centre est situé à Rouyn-Noranda.

Il exploite un centre de courte durée, un centre d'hébergement et de soins de longue durée ainsi qu'un centre local de services communautaires et dessert la MRC de Rouyn-Noranda. La mission de l'établissement est d'offrir en première ligne, à la population qu'il dessert, des services de santé et des services sociaux courants de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion ainsi que des services de diagnostic et de traitement médical, de réadaptation physique et mentale grâce à une technologie de pointe et à une équipe multidisciplinaire de professionnels de la santé. Également, il offre de façon temporaire ou permanente un milieu de vie substitut ainsi que différents services aux adultes qui, en raison de leur perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel, malgré le support de leur entourage.

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

Réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux

La *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* (2015, chapitre 1) qui entre en vigueur le 1er avril 2015, entraînera une modification de l'organisation et de la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux par la création, pour chaque région socio-sanitaire visée, d'un ou de centres intégrés de santé et de services sociaux ou d'un ou de centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux, issu(s) de la fusion de l'agence de la santé et des services sociaux et d'établissements publics de la région.

Ainsi, l'établissement est fusionné avec le CISSS de l'Abitibi-Témiscaminque qui jouit de tous ses droits, acquiert tous ses biens, assume toutes ses obligations et poursuit toutes ses procédures sans reprise d'instance.

NOTE 2 - PRINCIPALES MÉTHODES COMPTABLES

Référentiel comptable

Aux fins de la préparation du présent rapport financier annuel, l'établissement utilise prioritairement le *Manuel de gestion financière* établi par le ministère de la Santé et des Services sociaux, tel que prescrit par l'article 477 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (chapitre S-4.2). Ces directives sont conformes aux *Normes comptables canadiennes pour le secteur public*.

Pour toute situation pour laquelle le Manuel de gestion financière ne contient aucune directive, l'établissement se réfère au Manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public. L'utilisation de toute autre source de principes comptables généralement reconnus doit être cohérente avec ce dernier.

Par conséquent, les états financiers inclus dans le présent rapport financier annuel sont conformes aux normes comptables généralement reconnus pour le secteur public.

Utilisation d'estimations

La préparation du rapport financier annuel exige que la direction ait recours à des estimations et à des hypothèses. Ces dernières ont une incidence à l'égard de la comptabilisation des actifs et des passifs, de la présentation des actifs et passifs éventuels à la date des états financiers ainsi que la comptabilisation des produits et des charges au cours de la période visée par le rapport financier annuel. Les résultats réels peuvent différer des meilleures prévisions faites par la direction.

Au moment de la préparation du rapport financier annuel, la direction considère que les estimations et les hypothèses sont raisonnables. Cependant, les résultats réels pourraient 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.

Ainsi, les opérations et les faits sont comptabilisés dans l'exercice au cours duquel ils ont lieu, sans égard au moment où ils donnent lieu à un encaissement ou un décaissement.

Périmètre comptable

Le périmètre comptable de l'établissement comprend toutes les opérations, activités et ressources qui sont sous son contrôle, excluant tous les soldes et opérations relatifs aux biens en fiducie détenus.

Revenus

Les subventions gouvernementales du Québec et du Canada, reçues ou à recevoir, sont constatées aux revenus dans l'exercice au cours duquel le cédant les a dûment autorisées et que l'établissement bénéficiaire a rencontré tous les critères d'admissibilité, s'il en est.

En présence de stipulations précises imposées par le cédant quant à l'utilisation des ressources ou aux actions que l'établissement bénéficiaire doit poser pour les conserver, ou en présence de stipulations générales et d'actions ou de communications de l'établissement bénéficiaire qui donnent lieu à une obligation répondant à la définition de passif à la date des états financiers, les subventions gouvernementales sont d'abord comptabilisées à titre de revenus reportés, puis passées aux résultats au fur et à mesure que les stipulations sont rencontrées. Une subvention pluriannuelle en provenance d'un ministère, d'un organisme budgétaire ou d'un fonds spécial n'est dûment autorisée par le Parlement que pour la partie pourvue de crédits au cours de l'exercice ou figurant au budget de dépenses et d'investissement voté annuellement par l'Assemblée nationale, respectivement, tel que stipulé dans la *Loi concernant les subventions relatives au paiement en capital et intérêts des emprunts des organismes publics et municipaux et certains autres transferts* (chapitre S-37.01).

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 des coûts, 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 le projet ou l'activité est

terminé, sauf si l'entente prévoit l'utilisation du solde, le cas échéant, à d'autres fins prescrites. De même, si une nouvelle entente écrite est conclue entre les parties, il est possible de comptabiliser un revenu reporté, si cette entente prévoit les fins pour lesquelles le solde doit être utilisé.

Revenus provenant des usagers

Les revenus provenant des usagers sont diminués des déductions, des exonérations et des exemptions accordées à certains de ceux-ci.

Revenus d'intérêts

Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements sont partie intégrante de chacun des fonds et, dans le cas spécifique du fonds d'exploitation, sont répartis entre les activités principales et les activités accessoires.

Autres revenus

Les sommes reçues par don, legs, subvention ou autre forme de contribution sans condition rattachée, à l'exception des sommes octroyées par le gouvernement fédéral ou du Québec et ses ministères ou par des organismes dont les dépenses de fonctionnement sont assumées par le fonds consolidé du revenu sont comptabilisées aux revenus des activités principales dès leur réception et sont présentées à l'état des résultats du fonds d'exploitation.

Dépenses de transfert

Les dépenses de transfert octroyées payées ou à payer sont constatées aux charges de l'exercice au cours duquel l'établissement cédant les a dûment autorisées, en fonction des règles de gouvernance, notamment la *Loi concernant les subventions relatives au paiement en capital et intérêts des emprunts des organismes publics et municipaux et certains autres transferts* (chapitre S-37.01), et que le bénéficiaire a satisfait tous les critères d'admissibilité, s'il en est.

Les critères d'admissibilité de tout paiement de transfert versé d'avance sont réputés être respectés à la date des états financiers. Ils sont donc constatés à titre de charge de l'exercice de son émission.

Salaires, avantages sociaux et charges sociales

Les charges relatives aux salaires, avantages sociaux et charges sociales sont constatées dans les résultats de l'exercice au cours duquel elles sont encourues, sans considération du moment où les opérations sont réglées par un décaissement.

En conséquence, les obligations découlant de ces charges courues sont comptabilisées à titre de passif. La variation annuelle de ce compte est portée aux charges de l'exercice.

Charges inhérentes aux ventes de services

Les montants de ces charges sont déterminés de façon à égaler les montants des revenus correspondants.

Instruments financiers

En vertu de l'article 295 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (chapitre S-4.2), le ministère

de la Santé et des Services sociaux prescrit le format du rapport financier annuel applicable aux établissements.

Pour l'exercice terminé le 31 mars 2015, le MSSS a convenu de ne pas y inclure l'état des gains et pertes de réévaluation requis par la norme comptable sur les instruments financiers. En effet la très grande majorité des entités du réseau de la santé et des services sociaux ne détiennent pas d'instrument financier devant être évalué à la juste valeur considérant les limitations imposées par cette loi. De plus, les données financières des établissements et des agences sont consolidées dans les états financiers du gouvernement du Québec, lequel n'appliquera la nouvelle norme sur les instruments financiers qu'à partir de l'exercice financier ouvert le 1er avril 2016.

En vertu de l'article 477, le ministère de la Santé et des Services sociaux met à jour un Manuel de gestion financière, lequel présente les principes directeurs applicables par les entités du réseau relativement à la comptabilisation et la présentation de leurs données dans le rapport financier annuel. Conformément à ces directives, les instruments financiers dérivés et des placements de portefeuille composés d'instruments de capitaux propres cotés sur un marché actif sont évalués au coût ou au coût après amortissement au lieu de leur juste valeur, comme le veut la norme comptable. De plus, 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, au lieu d'être amortis selon la méthode du taux effectif et inclus dans le montant dû de la dette à laquelle ils se rapportent.

Par conséquent, l'encaisse, les placements temporaires, les débiteurs - Agences et MSSS, les autres débiteurs, les placements de portefeuilles sont classés dans la catégorie d'actifs financiers évalués au coût ou au coût après amortissement.

Les emprunts temporaires, les créditeurs - Agences et MSSS, les autres créditeurs et autres charges à payer excluant les charges sociales et taxes à payer, les avances de fonds en provenance de l'agence-enveloppes décentralisées, les intérêts courus à payer, les dettes à long terme sont classés dans la catégorie des passifs financiers évalués au coût ou au coût après amortissement.

i. Trésorerie et équivalents de trésorerie

La trésorerie et les équivalents de trésorerie comprennent l'encaisse, le découvert bancaire le cas échéant, et les placements temporaires.

ii. Débiteurs

Les débiteurs sont présentés à leur valeur recouvrable nette au moyen d'une provision pour créances douteuses. La charge pour créances douteuses est comptabilisée aux charges non réparties de l'exercice.

iii. 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.

iv. Créditeurs et autres charges à payer

Tout passif relatif à des travaux effectués, des marchandises reçues ou des services rendus doit être comptabilisé

aux créditeurs et autres charges à payer.

v. 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.

vi. Dettes subventionnées par le gouvernement du Québec

Les montants reçus pour pourvoir au remboursement des dettes subventionnées à leur échéance sont comptabilisés aux résultats du fonds auquel ils se réfèrent. Il en est de même pour les remboursements qui sont effectués directement aux créanciers par le ministère des Finances du Québec.

De plus, un ajustement annuel de la subvention à recevoir ou perçue d'avance concernant le financement des immobilisations à la charge du gouvernement est comptabilisé aux revenus de l'exercice du fonds d'immobilisations. Cet ajustement est déterminé par l'établissement à son rapport financier annuel.

Passifs au titre des avantages sociaux futurs

Les passifs au titre des avantages sociaux futurs comprennent principalement les obligations découlant de l'assurance-salaires ainsi que des congés de maladie et de vacances cumulés. Les autres avantages sociaux comprennent les droits parentaux et les allocations–rétention hors-cadre.

i. Provision pour assurance-salaire

Les obligations découlant de l'assurance-salaire sont évaluées annuellement par le ministère de la Santé et des Services sociaux, par le biais de l'une des deux méthodes suivantes. La méthode par profil est généralement utilisée, laquelle est basée sur les dossiers observés en assurance salaire en tenant compte des facteurs tels que le sexe, le groupe d'âge, le regroupement d'emploi, le groupe de diagnostics, l'écart entre l'année financière du paiement et celle d'ouverture du dossier. Lorsque l'information nécessaire pour cette méthode n'est pas disponible, la méthode dite globale basée sur la moyenne des dépenses des trois dernières années est alors employée. Ces obligations ne sont pas actualisées. La variation annuelle est constatée dans les charges non réparties.

ii. Provision pour vacances

Les obligations découlant des congés de vacances des employés sont estimées à partir des heures cumulées au 31 mars 2015 et des taux horaires prévus en 2015-2016. Elles ne sont pas actualisées.

La variation annuelle est ventilée dans les centres et sous-centres d'activités concernés.

iii. Provision pour congés de maladie

Le personnel à temps régulier bénéficie annuellement de 9,6 jours de congés de maladie. Les journées non utilisées sont payables 1 fois par année, soit en décembre. La provision inclut donc les journées non utilisées depuis le paiement jusqu'au 31 mars.

Les obligations découlant des congés de maladie années courantes sont évaluées sur la base du mode d'acquisition de ces avantages sociaux, c'est-à-dire en fonction de l'accumulation telle que décrite précédemment et de l'utilisation des journées de maladie par les employés, selon les taux horaires prévus en

2015-2016. Elles ne sont pas actualisées.
La variation annuelle est ventilée dans les centres et sous-centres d'activités concernés.

iv. Régime de retraite

Les membres du personnel de l'établissement participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), au Régime de retraite des fonctionnaires (RRF) ou au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Ces régimes interentreprises sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès. La comptabilité des régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestations déterminées gouvernementaux, compte tenu que l'établissement ne dispose pas d'informations suffisantes pour appliquer la comptabilité des régimes à prestations déterminées. Les cotisations de l'exercice de l'établissement envers ces régimes gouvernementaux sont assumées par le MSSS et ne sont pas présentées au rapport financier annuel.

Immobilisations

Les immobilisations sont des actifs non financiers comptabilisées au coût, lequel comprend les frais financiers capitalisés pendant la période de construction, d'amélioration ou de développement. Elles sont amorties selon la méthode linéaire selon leur durée de vie utile, à l'exception des terrains qui ne sont pas amortis.
Les différentes catégories d'immobilisations et leur durée de vie utile sont :

Catégorie	Durée
Aménagements des terrains	10 à 20 ans
Bâtiments	20 à 50 ans
Matériels et équipements	3 à 15 ans
Équipements spécialisés	10 à 25 ans
Location-acquisition	Sur la 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 sont des actifs non financiers représentant des déboursés effectués avant la fin de l'année financière pour des services à recevoir au cours du ou des prochains exercices financiers.

Ils sont imputés aux charges de l'exercice au cours duquel ils sont consommés.

Stocks de fournitures

Les stocks sont des actifs non financiers évalués au moindre du coût ou de la valeur de réalisation nette. Le coût est déterminé selon la méthode du coût moyen.

Ils sont comptabilisés dans les charges de l'exercice au cours duquel ils sont consommés.

Comptabilité par fonds

Pour les fins de présentation du rapport financier annuel, l'établissement utilise un fonds d'exploitation et un fonds d'immobilisations. Les opérations et les soldes sont présentés dans leurs états financiers respectifs. La comptabilité 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.

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.
Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements, réalisés à partir d'un solde prêté, appartiennent au fonds prêteur.

Classification des activités

La classification des activités d'un établissement tient compte des services qu'il 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 de la prestation des services qu'un établissement est appelé à fournir et qui sont essentielles à la réalisation de sa mission dans le cadre de son budget de fonctionnement approuvé par l'Agence;

- activités accessoires : les activités accessoires comprennent les services qu'un établissement rend, dans la limite de ses objets et pouvoirs, en sus de la prestation de services qu'il est appelé à fournir.

Les activités accessoires sont subdivisées en deux sous-groupes :
- Activités accessoires complémentaire : elles n'ont pas trait à la prestation de services reliés à la mission de l'établissement. Elles peuvent toutefois constituer un apport au réseau de la santé et des services sociaux.

- Activités accessoires de type commercial : elles regroupent toutes les opérations de type commercial. Elles ne sont pas reliées directement à la prestation de services aux usagers.

Centres d'activités

En complément de la présentation de l'état des résultats par nature des charges, et à moins de dispositions spécifiques, la plupart des charges engagées par l'établissement dans le cadre de leurs activités principales et accessoires sont réparties par objet dans des centres d'activités.

Chacun de ces centres regroupe des charges relatives à des activités ayant des caractéristiques et des objectifs similaires eu égard aux services rendus par l'établissement. Certains centres d'activités sont subdivisés en sous-centres d'activités.

Unités de mesure

Une unité de mesure est une donnée quantitative et non financière, compilée de façon spécifique pour un centre ou un sous-centre d'activités donné dans le but de fournir une indication de son niveau d'activités. Elle représente un coût unitaire relié aux coûts directs nets ajustés soit de production de produits ou de services, soit

de consommation.

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.

NOTE 3 - MAINTIEN DE L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE

En vertu des articles 3 et 4 de la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux (chapitre E-12.0001), un établissement doit maintenir l'équilibre entre ses revenus et ses dépenses en cours d'exercice financier et ne doit pas encourir de déficit en fin d'année financière.

Selon les résultats fournis à la page 200 du rapport financier annuel AS-471 pour l'exercice clos le 31 mars 2015, l'établissement n'a pas respecté cette obligation légale.

NOTE 4 - DONNÉES BUDGÉTAIRES

Les données budgétaires présentées à l'état des résultats ainsi qu'à l'état de la variation des actifs financiers nets (dette nette) sont préparées selon les mêmes conventions comptables que les données réelles et pour le même ensemble d'activités et d'opérations.

Elles représentent les données budgétaires adoptées initialement par le conseil d'administration le 10 juin 2014.

NOTE 5 - INSTRUMENTS FINANCIERS

Impacts sur les états financiers

L'établissement ne détenait pas au 31 mars 2015 et n'a pas détenu au cours de l'exercice d'instruments financiers devant être évalués à la juste valeur et par conséquent, il n'y a pas de gain ou perte de réévaluation.

Amortissement des frais reportés liés aux dettes

Selon la pratique actuelle les frais reportés liés aux dettes sont amortis selon la méthode du taux linéaire, alors que la méthode du taux effectif aurait dû être utilisée selon les normes comptables canadiennes pour le secteur public.
L'amortissement des frais d'émission des dettes selon la méthode du taux effectif est sans impact important sur les résultats d'opération et la situation financière.

NOTE 6 - PLACEMENTS TEMPORAIRES

La nature des placements temporaires, le coût, les dates d'échéance maximale moyenne, les taux de rendement effectif moyens pondérés, ainsi que les provisions pour moins-values sont présentés à la page 631-00 du AS-471.

NOTE 7 - DETTES À LONG TERME

	Exercice courant	Exercice précédent
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2013, d'une valeur nominale de 24 547 675 $, au taux effectif de 2.30 %, garanti par le gouvernement, remboursable par versement annuel de 1 225 051$ plus intérêts, échéant en mars 2018.	23 322 625	24 547 675
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en octobre 2014, d'une valeur nominale de 342 085 $, au taux effectif de 2.527 %, garanti par le gouvernement, remboursable par versement annuel de 48 869$ plus intérêts, échéant en octobre 2022.	342 085	0
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en octobre 2014, d'une valeur nominale de 3 861 875 $, au taux effectif de 2.996 %, garanti par le gouvernement, remboursable par versement annuel de 154 475$ plus intérêts, échéant en septembre 2024.	3 861 875	0
Billets à terme contractés auprès de Financement-Québec, à un taux fixe variant de 2.0776 % à 9.375 %, garanties par le gouvernement, remboursables par versement total annuel de 2 112 916$, échéant entre 2016 et 2035.	27 802 807	29 915 723
Obligations découlant de contrats de location-acquisition (non apparentées)	148 162	139 920
Emprunts remboursés au cours de l'exercice.	0	1 081 057
Total	55 477 554	55 684 375

En présumant que les refinancements seront réalisés à l'échéance aux mêmes conditions que celles qui prévalaient au 31 mars 2015, l'échéancier des versements en capital à effectuer au cours des prochains exercices sur la dette à long terme se détaille comme suit :

	$
2015-2016	3 541 311
2016-2017	2 842 339
2017-2018	2 842 339
2018-2019	2 696 315
2019-2020	637 535
2020-2021 et subséquents	42 921 715
Total	55 477 554

NOTE 8 - PASSIFS AU TITRE DES AVANTAGES SOCIAUX

Les principales hypothèses utilisées sont :

	Exercice courant	Exercice précédent
Pour les provisions relatives aux congés de maladie-années courantes et de vacances :		

	Exercice courant	Exercice précédent
Taux moyen de croissance de la rémunération	0 %	2 %
Inflation	1 %	
Accumulation des congés de vacances et maladie pour les salariés	9,43 %	9,43 %
Accumulation des congés de vacances pour les cadres et hors-cadre	8,65 %	8,65 %

Le tableau suivant explique la variation annuelle des provisions composant les passifs au titre des avantages sociaux :

	Exercice courant				Exercice précédent
	Solde au début	Charge de l'exercice	Montants versés	Solde à la fin	Solde à la fin
Provision pour vacances	6 248 098	265 413		6 513 511	6 248 098
Assurance-salaire	1 141 046	73 044		12 14 090	1 141 046
Provision pour maladie	252 637	13 531		266 168	252 637
Droits parentaux	39 410	5 393		44 803	39 410
Banque de temps	155 706			155 706	155 706
Total	7 836 897	357 381		8 194 278	7 836 897

NOTE 9 - IMMOBILISATIONS CORPORELLES

	Exercice courant			Exercice précédent
	Coût	Amortisse-ment cumulé	Valeur comptable nette	Valeur comptable nette
Terrain	86 696		86 696	86 696
Aménagement des terrains	332 355	144 261	188 094	180 850
Bâtiments	60 542 539	31 750 114	28 792 425	30 086 066
Améliorations locatives				
Améliorations majeures aux bâtiments	19 519 316	2 323 029	17 196 287	15 223 594
Matériels et équipements	15 474 242	13 895 108	1 579 134	1 581 608
Équipements spécialisés	30 015 615	22 445 237	7 570 378	7 908 380
Matériel roulant	24 585	9 430	15 155	20 072
Location-acquisition	418 149	269 987	148 162	139 920
Total	126 413 497	70 837 166	55 576 331	55 227 186

L'information détaillée sur le coût et l'amortissement cumulé, les immobilisations reçues par donation ou pour une valeur symbolique, les frais financiers capitalisés durant l'exercice sont présentés respectivement aux pages

420-00 à 422-00 du AS-471.

NOTE 10 – GESTION DES RISQUES FINANCIERS

Instruments financiers et gestion des risques

En raison de ses actifs et de ses passifs financiers, l'Établissement est exposé aux risques suivants relatifs à l'utilisation d'instruments financiers : le risque de crédit, le risque de marché et le risque de liquidité. La direction a mis en place des politiques et des procédés en matière de contrôle et de gestion des risques qui l'assurent de gérer les risques inhérents aux instruments financiers et d'en minimiser les impacts potentiels sur les résultats.

Risque de crédit

Le risque de crédit est le risque qu'une partie à un instrument financier manque à l'une de ses obligations et amène, de ce fait, l'autre partie à subir une perte financière.

Les instruments financiers qui exposent l'établissement au risque de crédit sont l'encaisse (découvert bancaire), les placements temporaires, les débiteurs - Agences et MSSS, les autres débiteurs, la subvention à recevoir (perçue d'avance) – réforme comptable ainsi que les placements de portefeuille. L'exposition maximale à ce risque correspond à la valeur comptable de ces postes présentée à titre d'actifs financiers à l'état de la situation financière :

	Exercice courant	Exercice précédent
Encaisse (découvert bancaire)	865 583	1 588 255
Placements temporaires	30 000	30 000
Débiteurs - Agences et MSSS	2 033 229	3 146 195
Autres débiteurs	816 358	1 344 115
Subvention à recevoir (perçue d'avance) – réforme comptable	14 431 243	14 316 958
Placements de portefeuille	-	-
Total	18 176 413	20 425 523

Le risque de crédit associé à l'encaisse et aux placements temporaires est réduit au minimum. En effet, l'établissement s'assure que les excédents de trésorerie sont investis dans des placements liquides de façon sécuritaire et diversifiée auprès d'institutions financières jouissant d'une cote de solvabilité élevée attribuée par des agences de notation nationales, afin d'en retirer un revenu d'intérêt raisonnable selon les taux d'intérêt en vigueur.

Le risque de crédit associé aux débiteurs – Agences et MSSS ainsi qu'à la subvention à recevoir (perçue d'avance)-réforme comptable est faible puisque ces postes sont constitués de contributions à recevoir confirmées par le gouvernement du Québec jouit d'une excellente réputation sur les marchés financiers. Ces sommes sont principalement reçues dans les 30 jours suivant la fin d'exercice.

Le risque de crédit relié aux autres débiteurs est faible car il comprend des sommes à recevoir d'autres établissements du réseau de la santé et des services sociaux, de diverses compagnies d'assurances, de la RAMQ

et de la CSST, du gouvernement du Canada, de la Fondation du CSSS de Rouyn-Noranda etc qui jouissent d'une bonne qualité de crédit, ainsi que des usagers eux-mêmes, y compris ceux en provenance de pays étrangers ayant reçu des soins.

Afin de réduire ce risque, l'établissement s'assure d'avoir l'information complète sur les différents autres débiteurs afin de les facturer en temps opportun. Il fait parvenir des états de compte aux retardataires et achemine les comptes en souffrance à une agence de collection. Il analyse régulièrement le solde des comptes à recevoir et constitue une provision pour créances douteuses adéquate, lorsque nécessaire, en basant leur valeur de réalisation estimative, compte tenu des pertes de crédit potentielles, sur l'expérience, l'historique de paiement, la situation financière du débiteur et l'âge de la créance. Au 31 mars 2015, les sommes à recevoir d'entités gouvernementales représentaient 42% du montant total recouvrable.

L'âge chronologique des autres débiteurs, déduction faite de la provision pour créances douteuses au 31 mars se détaille comme suit :

	Exercice courant	Exercice précédent
Autres débiteurs non en souffrance	501 568	854 083
Autres débiteurs en souffrance :		
Moins de 30 jours	149 159	380 721
De 30 à 59 jours	47 899	69 811
De 60 à 89 jours	28 541	14 352
De 90 jours et plus	89 191	25 149
Sous-total	314 790	490 032
Provision pour créances douteuses	0	0
Sous-total	314 790	490 032
Total des autres débiteurs	816 358	1 344 115

De plus, l'article 269 de cette même loi stipule que les sommes reçues par don, legs, subvention ou autre forme de contributions autres que celles octroyées par le gouvernement du Québec, incluant les ministères ou organismes visés par l'article 268, faites à des fins particulières doivent être déposées ou placées conformément aux dispositions du Code civil relativement aux placements présumés sûrs, jusqu'à ce qu'elles soient utilisées aux fins prévues.

Risque de marché

Le risque de marché est le risque que le cours du marché ou que les flux de trésoreries futurs d'un instrument financier fluctuent en raison de variations du prix du marché. Le risque de marché inclut le risque de change, le risque de taux d'intérêt et l'autre risque de prix.

Risque de change

Le risque de change est le risque émanant d'une évolution défavorable des cours du change sur les marchés. Le risque de change est minime car l'Établissement réalise très peu d'opérations en devises. Elle ne gère donc pas activement ce risque.

Risque de taux d'intérêt

Le risque de taux d'intérêts est le risque que la juste valeur des instruments financiers ou que les flux de trésoreries futurs associés à ces instruments financiers fluctuent en raison des variations des taux d'intérêts du marché. Le risque de taux d'intérêt provient principalement de l'emprunt bancaire, des avances de fonds en provenance de l'Agence – Enveloppes décentralisées et de la dette à long terme. Selon l'état de la situation financière, le solde de ces postes représente :

	Exercice courant	Exercice précédent
Emprunts temporaires	1 474 193	1 360 048
Avances de fonds en provenance de l'agence-enveloppes décentralisées	2 339 075	2 530 730
Dettes à long terme	55 477 554	55 684 375

L'emprunt bancaire porte intérêt au taux des acceptations bancaires + 0.3 %. Par conséquent, l'Établissement est exposé au risque de taux d'intérêt découlant des variations dans le taux des acceptations bancaires.

Le total des avances de fonds en provenance de l'Agence – Enveloppes décentralisées et de la dette à long terme au montant de 57 816 629 $ représente des emprunts portant intérêts à taux fixe. Par conséquent, ces emprunts ne sont pas exposés au risque de taux d'intérêt. Le solde, au montant de 57 816 629$, représente des emprunts portant intérêt à des taux fixes. De ce montant, un montant de 2 339 075$ représente des emprunts pour lesquels les intérêts sont assumés par l'Agence. Par conséquent, ces emprunts ne sont pas exposés au risque de taux d'intérêt. Un montant de 148 162$ représente des emprunts portant intérêt à des taux fixes pour lesquels les intérêts sont assumés par l'établissement. Le risque de taux d'intérêt sur ces emprunts est minime.

L'établissement limite son risque de taux d'intérêt par une gestion des excédents d'encaisse et des placements temporaires en fonction des besoins de trésorerie et de façon à optimiser les revenus d'intérêts. Il prévoit le remboursement des dettes à long terme selon l'échéancier prévu.

Autre risque de prix

L'autre risque de prix est le risque encouru du fait d'une variation défavorable du prix du marché ou du cours d'un instrument financier.

L'établissement n'est pas exposé à ce risque.

Risque de liquidité

Le risque de liquidité est le risque que l'établissement ne soit pas en mesure de remplir ses obligations financières à leur échéance. Le risque de liquidité englobe également le risque qu'il ne soit pas en mesure de liquider ses actifs financiers au moment opportun et à un prix raisonnable.

L'établissement gère ce risque en établissant des prévisions budgétaires et de trésorerie, notamment en surveillant le solde de son encaisse et les flux de trésorerie découlant de son fonctionnement, en tenant compte de ses besoins opérationnels et en recourant à des facilités de crédit pour être en mesure de respecter ses engagements.

L'établissement est donc exposé au risque de liquidité relativement aux passifs financiers comptabilisés à l'état de la situation financière, principalement les emprunts temporaires, les créditeurs agences et MSSS, les autres créditeurs et autres charges à payer, les dettes à long terme.

Les emprunts temporaires sont des marges de crédit *sans échéance prédéterminée*. Le risque de liquidité associé aux dettes à long terme est minime considérant que ces dernières sont assumées par le MSSS et l'agence. Les autres créditeurs et autres charges à payer ont des échéances principalement dans les 30 jours suivant la fin d'exercice.
Les flux de trésorerie contractuels relativement aux autres créditeurs sont les suivants :

	Exercice courant	Exercice précédent
De moins de 6 mois	7 459 182	7 866 126
De 6 mois à 1 an :	48 892	73 111
De 1 à 3 ans :	17 742	191 901
De 3 à 5 ans :	33 673	50 353
De plus de 5 ans :	0	0
Total des autres créditeurs	7 559 489	8 181 491

NOTE 11 - OPÉRATIONS AVEC APPARENTÉS

L'établissement est apparenté avec tous les autres établissements et agences du réseau de la santé et des services sociaux, tous les ministères et organismes budgétaires, les organismes non budgétaires et fonds spéciaux, les entreprises publiques, toutes les entités du réseau de l'éducation contrôlées directement ou indirectement par le gouvernement du Québec, ou soumis à un contrôle conjoint ou commun. Les parties apparentées sont énumérées au début de la section 600 du AS-471.

L'établissement 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 sont comptabilisées à la valeur d'échange. Elles sont présentées aux pages 612-00 à 647-00 du AS-471.

NOTE 12 - CHIFFRES COMPARATIFS

Certains chiffres de l'exercice précédent ont été reclassés pour tenir compte de la présentation modifiée du rapport AS-471 de 2014-2015.

Deloitte

Deloitte S.E.N.C.R.L./s.r.l.
155, avenue Dallaire
Rouyn-Noranda QC J9X 4T3
Canada

Tél. : 819-762-5764
Téléc. : 819-797-1471
www.deloitte.ca

Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés

Aux membres du conseil d'administration du
Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue pour l'audit du
Centre de santé et de services sociaux de Rouyn-Noranda

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2015 et les états des résultats, des déficits cumulés, de la variation de sa dette nette et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date ainsi que les notes complémentaires pertinentes, sont tirés des états financiers audités du Centre de santé et de services sociaux de Rouyn-Noranda, pour l'exercice terminé le 31 mars 2015. Nous avons exprimé une opinion sans réserve sur ces états financiers dans notre rapport daté du 11 juin 2015 (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 du Centre de santé et de services sociaux de Rouyn-Noranda.

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 relative au rapport annuel de gestion codifiée (03.01.61.19) 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 ».

Opinion

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités du Centre de santé et de services sociaux de Rouyn-Noranda pour l'exercice terminé le 31 mars 2015 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire relative au rapport annuel de gestion codifiée (03.01.61.19) publiée par le MSSS.

Notre opinion sans réserve indique que les états financiers audités donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière du Centre de santé et de services sociaux de Rouyn-Noranda au 31 mars 2015 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.

Deloitte SENCRL/srl.[1]

Le 23 juin 2015

[1] CPA auditeur, CA, permis de comptabilité publique n° A118014

Tableau de l'état du suivi des réserves, commentaires et observations formulés par l'auditeur indépendant

Nom de l'établissement	Code	Page / Idn.
CSSS de Rouyn-Noranda	1104-4476	140-00 /

exercice terminé le 31 mars 2015 - AUDITÉE

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

Signification des codes :
Colonne 3 « Nature » :
R : Réserve O : Observation C : Commentaire
Colonne 5,6 et 7 « État de la problématique » :
R : Réglé PR : Partiellement Réglé NR : Non Réglé

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT						
Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-XX	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2014		
1	2	3	4	R 5	PR 6	NR 7
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers						
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées						
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur le respect des conditions de rémunération en vigueur lors de l'octroi de contrats soumis à la directive ministérielle 2012-026 ou à l'article 2 du Règlement sur certaines conditions de travail applicables aux cadres						
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)						
Les frais reportés liés aux dettes n'ont pas été présentés en diminution de la dette à long terme	2013-2014	C	Aucune, car différences de présentation entre les directives du MGF (publié par le MSSS) et NCC pour le secteur public.			X
Les informations sur les conditions d'emprunts, soit le taux d'intérêts et les échéances n'ont pas été présentés	2013-2014	C	Ceci est maintenant présenté dans une note à la page 270	X		
Les informations comparatives de la section de consolidation des pages 600 n'ont pas été présentées	2013-2014	C	Aucune, car différences de présentation entre les directives du MGF (publié par le MSSS)			X

AS-471 - Rapport financier annuel	Gabarit LPRG-2015.1.0	Émise: 2012-2013

Timbre valideur: **2015-06-09 11:47:11** Rapport V 1.0

			et NCC pour le secteur public.			
Rapport à la gouvernance						
Lors de notre audit, nous avons constaté qu'aucune estimation n'est faite concernant les ajustements rétrospectifs à la CSST.	2013-2014	O	Nous avons constaté le passif pour lequel nous avons été en mesure de faire une estimation.	X		
Nous avons remarqué que l'approbation des écritures de journal est faite par la chef du service de la comptabilité en bloc. De plus, personne n'approuve les écritures faite par cette dernière.	2013-2014	O	Nous avons pris les mesures nécessaires en 2014-2015 pour que toutes les écritures soient bien approuvées une par une et également que les écritures faites par la chef du service soient approuvés par une autre personne autorisée.	X		

Rapport de la direction

Les états financiers du Centre de santé et de services sociaux de Rouyn-Noranda ont été complétés 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 qui respectent les normes comptables canadiennes pour le secteur public ainsi que les particularités prévues dans le 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 nécessaire. Celui-ci fournit l'assurance raisonnable que les biens sont protégés, que les opérations sont comptabilisées adéquatement et au moment opportun, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire des états financiers fiables.

La direction du Centre de santé et de services sociaux de Rouyn-Noranda reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le conseil d'administration[5] surveille la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et il a approuvé les états financiers. Il est assisté dans ses responsabilités par le comité de vérification. Ce comité rencontre la direction et l'auditeur, examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

Les états financiers ont été audités par la firme Deloitte, dûment mandatée pour ce faire, conformément aux normes d'audit généralement reconnues au Canada. Son rapport expose la nature et l'étendue de cet audit ainsi que l'expression de son opinion. La firme Deloitte peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne son audit.

Jacques Boissonneault
Président-directeur général

Marie-Lyne Blier
Directrice des ressources financières et logistiques

[5] En vertu de l'article 195 de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (chapitre O-7.2), le président-directeur général exerce tous les pouvoirs du conseil d'administration jusqu'au 30 septembre 2015 ou, selon la première de deux dates, jusqu'à ce que la majorité des membres soit nommé.

5. Comités du conseil d'administration et conseils professionnels

(au 31 mars 2015)

Conseil d'administration au 31 mars 2015

Daniel Marcotte
Président
Coopté

Nancy Lefebvre
1re vice-présidente
Cooptée

Luc Boisvert
2e vice-président
Désigné par l'Agence de la santé et des services sociaux de l'A-T

Huguette Lemay
Secrétaire
Directrice générale

Michel Desfossés
Population

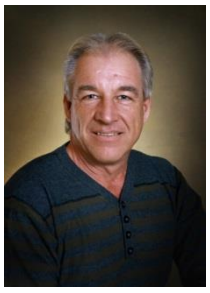
Claudette Carignan
Comité des usagers

Dre Julie Richer
Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

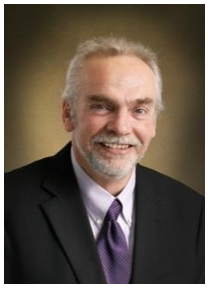
Marcel Trahan
Désigné par l'Agence de la santé et des services sociaux de l'A-T

Debbie Rollin
Conseil des infirmières et infirmiers

Maxime Baril
Conseil multidisciplinaire



Yves Kirouac
Personnel non clinique



Jean-Pierre Lemire
Comité des usagers

Ghislain Beaulieu
Membre coopté

Katy Savoie
Membre cooptée

Julie Cousineau
Membre cooptée

Julie Thibeault
Représentante de la Fondation hospitalière du CSSS de R-N

Poste vacant
Population

Poste vacant
Membre coopté

Comité de gouvernance

Daniel Marcotte*, *président*
Nancy Lefebvre*, première vice-présidente
Luc Boisvert*, deuxième vice-président
Huguette Lemay**, directrice générale

Comité de vérification

Luc Boisvert*, *président*
Nancy Lefebvre*
Jean-Pierre Lemire*
Huguette Lemay**
Cynthia De Champlain**

Comité de gestion des risques

Anick Beauséjour, *présidente*
Dre Clara Popa
Annie Boissonneault
Marina Larue
Daniel Thomas
Nancy Jacob
Isabelle Galarneau**

Comité des usagers

Yves Poirier, *président*
Christine Gervais
Jean-Pierre Lemire*
Claudette Carignan*
Marie Bonapace
Rosaire Leduc
Daniel Thomas
Marcel Houde
Sylvie Petit**

* *Membre du conseil d'administration*
** *Personne-ressource*

Comité des résidents

Évangéline Roy, *présidente*
Jean-Pierre Lemire*
André Martineau
Céline Millette
Marie-Claire Charron
Carole Langlais Bigras
Jeannine Gauvreau
Jacqueline Gaignard
Gérald Fournier
Madelaine Séjourné
André Huot
Annie Audet**
Guylain Barette**

Comité de bioéthique

Dre Francine Duhaime, *présidente*
Dr Philippe Akil
Dre Michèle Benoit
Bianca Vallières-Bellerose
Karine Blais
Annie Hallée
Chantal Bélanger
Sarah Shidler
Pierre Major
Gérard-D. Boulanger
Marie Bonapace
Dre Monique Martin
France Lessard
Diane Poulin
Suzanne Fisette
Dre Annie Léger**

* *Membre du conseil d'administration*
** *Personne-ressource*

Comité de révision

Ghislain Beaulieu*, *président*
Dr Benoît Bureau
Dr Frédéric Liandier
Dre Julie Desroches (1re membre substitut)
Dr Philippe Voglimacci (2e membre substitut)
Sylvie Petit**

Comité de vigilance et de la qualité

Katy Savoie*, *présidente*
Julie Cousineau*
Sylvie Turgeon
Claudette Carignan*
Huguette Lemay
Sylvie Petit**

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

Dre Nathalie East, *présidente*
Dre Julie Richer*
Dr Roland Pouchol
Dr Guillaume Barbès-Morin
Dre Julie Choquette
Dre Annie Léger**
Huguette Lemay
Jessica Fluet
Danielle Laflamme**

Conseil des infirmières et infirmiers

Annie Boissonneault, *présidente*
Debbie Rollin*
Julie Melançon
Joanne Dinelle
Amélie De Serres
Sylvie Isabelle
Luc St-Jean
Carole Rivière**

* *Membre du conseil d'administration*
** *Personne-ressource*

Comité des infirmières et infirmiers auxiliaires

Luc St-Jean, *président*
Guylaine Ayotte
Annic McGuire
Daniel Hébert-Cadet

Conseil multidisciplinaire

Marie Vanden-Broucke, *présidente*
Anick Beauséjour
Audrey Cotton
Manon Pleau
Mélanie Labelle
Maxime Baril*
Annick Royer
André Joyal**
Hélène Gilbert**

* *Membre du conseil d'administration*
** *Personne-ressource*

6. Activités des comités du conseil d'administration et des conseils professionnels

- Comité de vigilance et de la qualité
- Comité des usagers
- Comité des résidents
- Comité de la gestion des risques
- Comité de bioéthique
- Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
- Conseil multidisciplinaire
- Conseil des infirmières et infirmiers
- Comité des infirmières et infirmiers auxiliaires

Comité de vigilance et de la qualité

En 2014-2015, le comité de vigilance et de la qualité (CVQ) a tenu cinq réunions régulières. Au cours de ces rencontres, les membres du CVQ ont procédé à l'analyse de nombreux rapports et recommandations portant sur la pertinence, la sécurité ou l'efficacité des services rendus, le respect des droits des usagers et le traitement diligent de leurs plaintes.

Parmi les faits saillants, notons :

- L'analyse et le suivi de 21 rapports et recommandations reçus au CVQ, notamment :
  - Rapports des comités et conseils professionnels du conseil d'administration;
  - Rapport et recommandations de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services (CLPQS);
  - Rapport d'intervention de la CSST;
  - Rapport d'inspection « Produits stériles dangereux et produits stériles non dangereux » – Ordre des pharmaciens du Québec;
  - Résultats des sondages sur le degré de satisfaction de la clientèle, la culture de sécurité et la mobilisation du personnel.
- Une vigie quant au respect des délais de pathologie.
- Une vigie quant au respect des délais en ophtalmologie.
- Une vigie quant au respect des délais d'examen des plaintes à l'aide du rapport semestriel préparé et présenté par la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services.

Recommandation au conseil d'administration
Le comité de vigilance et de la qualité n'a émis aucune recommandation au conseil d'administration en cours d'année, les améliorations souhaitées étant au fur et à mesure mises en place. Dans un souci de bien informer le conseil d'administration de ses activités, le compte rendu de chaque réunion du comité a été déposé au conseil d'administration jumelé aux commentaires exposés, s'il y a lieu, en séance plénière par la présidente.

Conclusions du comité de vigilance et de la qualité
Les membres du comité de vigilance et de la qualité se disent satisfaits des rapports annuels reçus et de l'ampleur des travaux réalisés en cours d'année par l'ensemble des comités et conseils. Ces travaux portent sur la pertinence, la sécurité ou l'efficacité des soins et des services rendus, le respect des droits des usagers ainsi que le traitement diligent de leurs plaintes. Les membres constatent le dévouement, le dynamisme et la mobilisation des membres constituant ces comités et conseils.

En terminant, le comité de vigilance et de la qualité conclut qu'il a assumé pleinement son rôle de vigie en s'assurant que les recommandations en lien avec la qualité, la sécurité et la satisfaction des soins et services soient actualisées.

Comité des usagers

Le comité des usagers s'est réuni à sept reprises cette année en plus d'une rencontre spéciale en cours d'exercice. Au-delà des activités régulières liées à son fonctionnement, le comité a réalisé, entre autres, les démarches et les actions suivantes :

- Tenue de la huitième assemblée générale annuelle du Comité des usagers du CSSS de R-N;
- Dépôt et présentation du rapport annuel 2013-2014 au conseil d'administration de l'établissement;
- Élaboration du *Plan d'action 2014-2015* du Comité des usagers;
- Participation au Congrès du RPCU « Le comité, partenaire de l'amélioration de la qualité », du 22 au 24 octobre 2014, à Laval;
- Nomination des officiers du Comité, octobre 2014;
- Recrutement d'un nouveau membre, janvier 2015;
- Versement d'un montant de 8 500 $ au Comité des résidents du CHSLD Pie XII pour l'exercice de ses fonctions en cours d'année 2014-2015;
- Renouvellement de l'adhésion au RPCU;
- Contribution à l'organisation d'une journée de reconnaissance des employés du CSSS de R-N, notamment par la distribution d'objets promotionnels du Comité des usagers;
- Contribution à la production et à la diffusion du questionnaire d'évaluation de la satisfaction de la clientèle;
- Publicité « vœux des Fêtes » dans le journal local;
- Distribution d'objets promotionnels lors de la campagne de vaccination contre la grippe saisonnière, novembre 2014;
- Participation à la tournée d'information de la ressource d'aide et d'information en défense des droits en Abitibi-Témiscamingue;
- Vigie assurée à l'égard de la relocalisation des personnes âgées hébergées et de la fermeture du Versant Nord au 4e étage de l'hôpital;
- Rencontre avec un visiteur d'Agrément Canada le 19 mars 2015.

Le comité des usagers a également réalisé plusieurs activités à l'échelle régionale :

- Rencontres des présidents et des présidentes des comités des usagers de l'Abitibi-Témiscamingue organisées par l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue;
- Participation à la production et à la distribution du calendrier régional des comités des usagers 2015;
- Participation à la planification stratégique régionale et à la création d'une identification visuelle régionale;
- Journée de ressourcement régionale le 8 novembre 2014;
- Participation à une conférence sur le marketing le 21 novembre 2014.

Par ailleurs, les membres du comité des usagers ont été consultés pour la révision de la politique Planification des congés et des départs à l'hôpital et à l'hébergement temporaire, la politique d'utilisation de certains renseignements personnels contenus au dossier de l'usager aux fins de sollicitation de dons et de sondages et le règlement sur les visites et au sujet des accompagnateurs en radiothérapie.

Comité des résidents

Le comité des résidents, formé de 11 membres, a tenu sept réunions pendant l'année auxquelles ont participé des résidents et des membres de leur famille. Au cours de la dernière année, le comité s'est démarqué dans les activités suivantes :

- Participation de cinq membres à l'assemblée générale annuelle du comité des usagers du Centre de santé et de services sociaux de Rouyn-Noranda;
- Participation de cinq membres à la soirée d'information sur la maladie d'Alzheimer;
- Participation de quatre membres à la journée de ressourcement organisée par le Comité des usagers;
- Participation à la rencontre de l'inspecteur du ministère sur le fonctionnement du Comité des résidents;
- Participation au colloque du Conseil pour la protection des malades (CPM) tenu les 1er et 2 juin 2014 à Laval;
- Participation de trois membres au sondage auprès des résidents sur la qualité des services offerts;
- Soutien financier pour l'organisation de quelques activités de la période des Fêtes;
- Soutien financier pour l'achat des calendriers installés dans chacune des chambres des résidents du CHSLD Pie XII et dans les salles d'activités.

Comité de gestion des risques

Avec le grand souci de la sécurité des usagers, le MSSS, par le biais de l'annexe 1 de la circulaire 2014-2015, exige aux établissements de fournir des données très précises à l'égard de la gestion des risques. Dans ce contexte, nous retrouvons ici toute l'information pertinente y étant associée.

Les membres du comité de gestion des risques se sont réunis quatre fois pendant l'année et ils ont traité principalement des thèmes suivants :

- Identifier et analyser les risques d'incident ou d'accident en vue d'assurer la sécurité des usagers et, plus particulièrement dans le cas des infections nosocomiales, d'en prévenir l'apparition et d'en contrôler la récurrence;
- S'assurer qu'un soutien est apporté à la victime et à ses proches, lorsque requis;
- Assurer la mise en place d'un système de surveillance incluant la constitution d'un registre local des incidents et des accidents aux fins d'analyse de leurs causes;
- Recommander au conseil d'administration la prise de mesures visant à prévenir la récurrence de ces incidents et accidents ainsi que la prise de mesures de contrôle, s'il y a lieu;
- Déterminer les mesures de soutien mises à la disposition de l'usager et de ses proches, conformément à l'article 235.1 de la Loi;
- S'assurer de l'application des recommandations découlant du traitement des plaintes en lien avec la gestion des risques;
- S'assurer que des méthodes, des politiques, des procédures, des normes et des directives soient mises à jour et en place afin d'identifier, de prévenir et de réduire les risques, les accidents et les incidents;
- Transmettre annuellement un rapport au comité de vigilance et de la qualité et, le cas échéant, des recommandations relatives à la gestion des risques (l'article 278 de la Loi prévoit que le rapport annuel d'activités de l'établissement doit comprendre les activités relatives à la gestion des risques);
- S'assurer que l'information et la formation appropriées soient diffusées dans l'établissement aux personnes concernées.

Huit cibles précises

- S'assurer d'un système de surveillance des incidents/accidents;
- Suivre et analyser régulièrement les événements (incidents/accidents) en gestion des risques;
- Émettre des recommandations en lien avec les événements survenus en gestion des risques, et ce, par le biais du comité de gestion des risques;
- Former les membres du comité de gestion des risques sur leur rôle;
- S'assurer que le *Programme de gestion des risques*, ses politiques et ses procédures soient à jour et conforment aux lois;
- S'assurer que l'usager, le résident et ses proches soient informés lors d'accidents avec conséquences, et que des mesures de soutien soient données lorsque requises;
- S'assurer de la formation pour le personnel sur le nouveau formulaire AH-223;
- Produire un rapport annuel au comité de vigilance et de la qualité.

Principales causes des incidents et des accidents mises en évidence au moyen du système local de surveillance

- Les erreurs associées aux médicaments constituent 26 % des signalements reçus, répartis ainsi : 39 % sont des omissions (2013-2014 : 60 %), 14 % sont des erreurs de dosage (2013-2014 : 17 %), 9 % des cas sont dus au fait que la médication n'a pas été donnée à la bonne heure (2013-2014 : 6 %) et, finalement, dans 4 % des situations, le mauvais médicament a été administré (2013-2014 : 4 %).
- La catégorie « autres événements » représente 43 % des déclarations. La répartition fait référence, entre autres, aux erreurs associées aux dossiers (51 %), aux blessures d'origines inconnues (23 %), aux mesures de contrôle et contention (7 %) ainsi qu'aux plaies de pression (9 %).
- La catégorie associée aux chutes et aux quasi-chutes représente 21 % des chutes cette année. (2013-2014 : 16 %). Les principales causes sont des cas où l'usager a été retrouvé par terre (61 %). Ces évènements ont requis une attention constante par le comité et l'organisation. Il est à noter que parmi ces événements, ceux liés aux chutes sont associés à environ 7 usagers ou résidents connus chuteurs.
- Les « services cliniques », quant à eux, représentent 9 % des déclarations. De ce nombre, 27 % sont caractérisés par des erreurs liées à l'identification, ou dans 30 % des cas, au non-respect de procédures et 0,8 % sont en lien avec les tests diagnostiques en imagerie médicale. Ces erreurs sont en lien avec le type d'examen prescrit dans 17 % des cas, et 71 % sont liées à des situations diverses et catégorisées dans « autres événements ».
- Les événements en lien avec l'équipement, le matériel, le bâtiment et les effets personnels représentent 8 % des situations.
- Pour ce qui est de la catégorie abus, agression, harcèlement ou intimidation, elle représente 2 % des déclarations totales. De ce nombre, la majorité est en lien avec des agressions physiques : 89 %.
- Le retraitement des dispositifs médicaux représente 0,1 % des déclarations. La majorité des situations sont catégorisées comme « problème de retraitement » à 73 % et 28 % des situations sont liées à l'utilisation du matériel médical à usage unique critique ou semi-critique retraité par l'établissement (MMMU).

Les actions prises pour assurer la surveillance de l'incidence des incidents et des accidents et l'analyse des risques

Les données statistiques sont étudiées attentivement sur une base trimestrielle fondées sur les informations énumérées au tableau de bord de gestion, sous l'onglet relatif à la qualité. Les données sont issues de la compilation des formulaires AH-223 traités. Soulignons entre autres :

- En 2014-2015, 4 334,75 $ ont été remboursés à la clientèle à la suite de réclamations. Il s'agit d'une baisse de 7 619,84 $ comparativement à l'année antérieure, pouvant s'expliquer par une application rigoureuse de la politique par les gestionnaires dans le processus.
- En cours d'année, huit alertes ont été reçues des fabricants et ont nécessité un suivi par le gestionnaire des risques.
- Le Bureau du coroner du Québec n'a émis aucune recommandation générale aux établissements cette année. Donc, aucun suivi n'a été nécessaire.
- Comme pour les années antérieures, la récurrence des chutes chez les usagers, en particulier au CHSLD Pie XII, a fait l'objet d'une analyse rigoureuse à chaque rencontre.
- Le comité a suivi de manière intensive la nature des événements associés aux médicaments.

- Différents sujets ont également retenu l'attention des membres dont le suivi du programme AMPRO^{OB} (approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux) : les évènements en lien avec la téléphonie, le plan d'action concernant les erreurs de médicaments et les chutes ainsi que la confidentialité.

Les actions prises pour la surveillance des infections nosocomiales et les résultats de cette surveillance

- Six éclosions sont survenues en cours d'année, soit :
    - Au printemps 2014, une éclosion de gastroentérite est survenue au CHSLD Pie XII, affectant 6 personnes;
    - À l'hiver 2015, deux éclosions d'influenza sont survenues à la ressource intermédiaire Pavillon Larouche, affectant 17 personnes;
    - À l'hiver 2015, une éclosion d'influenza est survenue à l'unité La clairière du CHSLD Pie XII, affectant 7 personnes;
    - À l'hiver 2015, une éclosion de gastroentérite est survenue à la ressource intermédiaire Pavillon Larouche, affectant 4 personnes;
    - À l'hiver 2015, une éclosion de gastroentérite est survenue au CHSLD Pie XII, affectant 6 personnes.

Grâce à la mise en œuvre rapide et efficace des mesures de prévention, ces éclosions ont été contrées prestement et se sont résorbées rapidement.

- Les données issues de la surveillance des différents éléments se lisent comme suit :
    - Diarrhées associées au *Clostridium difficile* : 1,99 cas/10 000 jours-présence (cible maximale : 6,30 cas/10 000 jours-présence);
    - Colonisations ou infections en lien avec le SARM (*staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline) : 2,8 cas/10 000 jours-présence (moyenne des trois dernières années : 8,0 cas/10 000 jours-présence);
    - Bactériémies SARM : 0,4 cas/10 000 jours-présence (cible maximale : 0,56 cas/10 000 jours-présence).

Recommandation

Le comité de gestion des risques n'a émis aucune recommandation tant à l'égard de la prévention et de la récurrence des incidents et des accidents qu'à l'égard de la prévention et du contrôle des infections nosocomiales. Par contre, le comité émet le souhait qu'un nouveau comité de gestion des risques fonctionnel soit mis en place rapidement au CISSS, qu'une culture d'apprentissage continue à se développer dans l'ensemble de la région et qu'une culture de sécurité et de vigilance soit maintenue et rapidement développée.

Comité de bioéthique

En 2014-2015, le comité de bioéthique a tenu quatre rencontres. Le comité a reçu une seule demande de consultation cette année émanant du CSSS du Lac-Témiscamingue. Toutefois, cette demande a finalement été retirée, donc non traitée. Voici les principaux faits saillants de la dernière année :

- Préservation de la dignité des usagers :
  - Poursuite des réflexions et démarches afin de préserver la dignité des usagers en étudiant les critères pour demander au patient de se dévêtir et de porter une jaquette à la salle d'urgence;
  - Proposition de révision de la procédure du bloc opératoire en ce qui a trait aux prothèses dentaires, auditives, et tout ce qui aide l'usager à conserver sa dignité.
- Rôle du comité de bioéthique :
  - Poursuite de la publication des vignettes « L'éthique au quotidien » sur le site web du CSSS de Rouyn-Noranda afin d'encourager une pensée éthique ;
  - Révision du dépliant et du règlement du comité de bioéthique;
  - Élaboration d'un cadre conceptuel en matière éthique adopté au conseil d'administration en mars 2015.
- Discussion sur l'aide à mourir
  - Tenue d'une réunion spéciale entièrement dédiée à ce sujet, animée par la Dre Michèle Benoît, responsable de la Maison de l'Envol, soins palliatifs. La nouvelle loi sur l'aide médicale à mourir invite à se préparer à faire face à ce défi.
  - Élaboration d'une liste d'étapes à franchir avant que les usagers aient accès à ce service.
- Le choix de soins
  - Révision de la politique concernant « Le choix de soins : un dialogue qui chemine »;
  - Participation de la Dre Léger au forum de l'INESSS sur le choix de soins.
- Formation continue en éthique clinique :
  - Formation « Partenaires jusqu'à la fin » offerte à une cinquantaine de membres du CSSS du Témiscamingue;
  - Formation continue des membres du comité de bioéthique par la rencontre d'information et de discussion sur l'aide médicale à mourir et par l'entremise de nombreux courriels et documents pertinents en éthique distribués tout au long de l'année.
- CSSS du Témiscamingue
  - Participation des membres du comité de bioéthique du CSSS du Témiscamingue à la formation « Partenaires jusqu'à la fin ».

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

En 2014-2015, les membres du comité exécutif du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) se sont réunis à cinq reprises. Quant au comité du CMDP, soit le comité des titres, le comité de pharmacologie, le comité d'évaluation de l'acte médical, le comité de formation médicale continue, le comité social, ils se sont également réunis régulièrement. Plusieurs sujets ont été traités par le CMDP au cours de la dernière année, notamment :

- Nomination de neuf nouveaux membres, soit deux médecins de famille, cinq médecins spécialistes et deux dentistes;
- Nomination de deux chefs de département;
- Départ ou cessation de pratique de 28 membres;
- Recommandation au conseil d'administration pour amender les règlements du département de médecine familiale;
- Révision des règlements de quatre départements (anesthésie, chirurgie, médecine familiale et psychiatrie);
- Révision des privilèges de 133 membres et procédé au renouvèlement pour 115 d'entre eux;
- Révision et approbation de trois ordonnances individuelles;
- Révision et approbation de cinq protocoles de soins;
- Révision et approbation de huit politiques;
- Révision et approbation de 50 ordonnances collectives;
- Émission d'un avis pour le projet clinique-volet dépendance (jeunesse-adulte);
- Suivi des délais de traitement des cas en pathologie.

Le CMDP et ses départements ont suivi ou participé directement à de nombreux autres dossiers tels que : application des ordonnances collectives pour la surveillance des usagers recevant des antipsychotiques atypiques ou des thymorégulateurs; démarches de réduction des délais pour les résultats d'analyses pathologiques; recrutement de nouveaux médecins de famille; accessibilité aux services de première ligne; maintien de l'accessibilité aux examens échographiques par l'acquisition d'un troisième appareil; gouverne locale en cancérologie; dossier de présentation stratégique pour le projet régional de radiothérapie; continuum de soins et de services à la personne âgée, pour ne nommer que ceux-là.

Conseil multidisciplinaire

En 2014-2015, les membres du comité exécutif du conseil multidisciplinaire (CM) ont tenu six rencontres. Le plan d'action 2014-2015 touche les principaux points suivants :

- **Augmenter la visibilité du conseil multidisciplinaire**
  - Rencontre des équipes pour présenter les rôles du conseil multidisciplinaire et les comités de pairs;
  - Distribution du dépliant du conseil multidisciplinaire à tous les nouveaux employés;
  - Création d'une rubrique « conseil multidisciplinaire » sur intranet pour rendre accessibles les documents relatifs aux activités menées;
  - Envoi de vœux de fin d'année 2014 aux membres;
  - Organisation d'un dîner de Noël;
  - Organisation d'une activité reconnaissance;
  - Rédaction d'un article dans chaque parution du journal Le Pouls;
  - Actualisation des babillards;
  - Poursuite des midis-conférences :
    - Octobre 2014 : « La course à pied, trucs et astuces » présenté par Joane Boucher et Josée Boucher;
    - Novembre 2014 : « Clinique de la mémoire : démystifier la démence » présenté par Karelle Grandmont-Létoumeau;
    - Janvier 2015 : « L'autogestion des soins, une façon active de se soigner » présenté par Maxime Baril;
    - Février 2015 : « La société canadienne du cancer est là » présenté par Nancy Dumais;
    - Mars 2015 : « Pauvreté et exclusion sociale » présenté par Marie-Aimée Fortin-Picard.
- **Soutenir les efforts d'appréciation et d'amélioration de la qualité des actes professionnels**
  - Mise à jour du guide d'implantation des comités de pairs;
  - Promotion et soutien des comités de pairs : réception de 5 rapports et 1 soumission;
  - Suivi des recommandations de l'Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec;
  - Révision des annexes et rapports d'évaluation en ergothérapie, élaboration de critères de sélection pour matelas spécialisés;
  - Révision des documents d'enseignement en nutrition et élaboration d'une procédure lors de l'hospitalisation d'un patient pour trouble alimentaire;
  - Création d'un aide-mémoire en lien avec le fonctionnement du soutien à domicile;
  - Création d'un protocole de remplacement et de son guide explicatif.

- **Exercer un pouvoir d'influence et un rôle-conseil**
  - Consultations et avis sur plusieurs politiques, procédures, règlements et formulaires;
  - Appui au projet de cogestion clinico-médicale;
  - Représentation du CM sur divers comités :
    - Gestion des risques;
    - Conseil d'administration;
    - Commission multidisciplinaire régionale (non actif);
    - Comité de pilotage Planetree.

Conseil des infirmières et infirmiers

En 2014-2015, sept rencontres du comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers ont eu lieu. Voici plus précisément les principaux dossiers qui ont été abordés :

- Participation et réalisation de trois audits sur le lavage des mains par le conseiller en prévention et contrôle des infections;
- Participation aux rencontres du comité de gestion des risques;
- Participation de la vice-présidente aux séances du conseil d'administration;
- Participation aux rencontres de la commission infirmière régionale (CIR);
- Recommandations sur les différentes ordonnances collectives, politiques, procédures et règles de soins avant leur application;
- Avis émis par le CII à la directrice générale concernant la préoccupation sur l'absence d'activités du CIIA;
- Participation à trois audits sur le lavage des mains, en collaboration avec le conseiller en prévention et contrôle des infections;
- Création d'un dépliant virtuel représentant le CII qui est accessible sur intranet;
- Démarches afin de rendre la télésanté de notre établissement disponible pour le personnel qui souhaite utiliser cette technologie;
- Recommandations et avis sur divers sujets :
    - Formations continues offertes aux infirmières de l'établissement;
    - Utilisation de la télésanté dans notre établissement;
    - Révision du règlement sur la procédure d'examen des plaintes;
    - Règlement concernant les admissions;
    - Continuum de soins des personnes hospitalisées;
    - Règlement sur les visites au CSSS de Rouyn-Noranda;
    - Bilan investigation en fertilité;
    - Projet clinique - volet dépendances;
    - Programme de soins de la peau et des plaies.

Comité des infirmières et infirmiers auxiliaires

En 2014-2015, le comité exécutif du comité des infirmières et infirmiers auxiliaires s'est réuni à six reprises.

Au cours de la dernière année, les activités suivantes ont été réalisées :

- Organisation d'un souper dans le cadre de la journée de l'infirmière auxiliaire;
- Recommandations sur les différentes ordonnances collectives, politiques, procédures et règles de soins avant leur application;
- Participation des infirmières auxiliaires à de la formation continue avec un taux de participation de 90 %;
- Recrutement pour de nouveaux membres CIIA.

ANNEXE 1

Code d’éthique et de déontologie des administrateurs

Centre de santé et de services sociaux
de Rouyn-Noranda

MEMBRE AFFILIÉ
Réseau
PLANETREE
Québec

Code d'éthique et de déontologie des administrateurs

Adopté par le conseil d'administration le 4 novembre 2014

Adopté par le conseil d'administration

- le 18 janvier 2006

Table des matières

1.1 Préambule 112
1.2 Objectifs généraux et champ d'application 112
1.3 Fondement 124
Article II – Définitions et interprétation 124
Article III – Principes d'éthique 126
Article IV – Règles de déontologie 127
____Disponibilité et participation active 127
____Respect 127
____Soin et compétence 127
____Neutralité 128
____Transparence 128
____Discrétion et confidentialité 128
____Relations publiques 128
____Charge publique 129
____Biens et services de l'Établissement 129
____Avantages et cadeaux 129
____Interventions inappropriées 129
Article V – Administrateurs indépendants 130
Article VI – Conflit d'intérêts 130
Article VII – Fin du mandat 131
Article VIII – application du code 132
____8.1 Adhésion au Code 132
____8.2 Comité de gouvernance 132
____8.3 Comité de discipline ad hoc 133
Article IX – Processus disciplinaire 133
Article X – Diffusion du Code 135
Article XI – Dispositions finales 135
____11.1 Entrée en vigueur 135
____11.2 Révision 135

Annexe I (Article 8.1.2 de ce Code) **137**
Engagement personnel et affirmation d'office de l'administrateur 137
Annexe II (Article 5.1 de ce Code) **139**
Avis de bris du statut d'indépendance 139
Annexe III (Article 6.4 de ce Code) **141**
Déclaration des intérêts d'un administrateur 141
Annexe IV (Article 6.5 de ce Code) **142**
Formule de déclaration de conflit d'intérêts 142
Annexe V (Article 6.8 de ce Code) **143**
Signalement d'une situation de conflit d'intérêts d'un administrateur 143
Annexe VI (Article 9.5 de ce Code) **144**
Affirmation solennelle de discrétion de toute personne chargée de faire enquête dans le cadre du processus disciplinaire édicté en vertu du présent Code d'éthique 144

Préambule

L'administration d'un établissement public de santé et de services sociaux se distingue d'une organisation privée. Cette administration doit reposer sur un lien de confiance entre le Centre de santé et de services sociaux de Rouyn-Noranda (CSSS de R-N) et la population. Une conduite conforme à l'éthique et à la déontologie demeure une préoccupation constante du Conseil d'administration du CSSS de R-N pour garantir à la population une gestion intègre et de confiance des fonds publics.

Compte tenu de leur rôle de mandataires, la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif* édicte l'obligation, pour les membres des Conseils d'administration des établissements de santé et de services sociaux, de se doter d'un Code d'éthique et de déontologie qui leur est applicable (L.R.Q., chapitre M-30, article 3.04, paragraphe 5). Ces dispositions s'ajoutent à celles prévues à la *Loi sur les services de santé et de services sociaux* (L.R.Q., c. S-4.2), désignée ci-après LSSSS.

Ainsi, l'article 174 de la LSSSS, corollaire de l'article 322 du *Code civil du Québec* (L.R.Q., c. C-1991), stipule que :

Les membres du Conseil d'administration doivent agir dans les limites des pouvoirs qui leur sont conférés, avec soin, prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté, loyauté et dans l'intérêt de l'Établissement ou, selon le cas, de l'ensemble des Établissements qu'ils administrent et de la population desservie.

Le présent Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du CSSS de R-N s'inscrit dans le cadre de la mission de l'Établissement, à savoir notamment, de dispenser des services de santé et des services sociaux de qualité, efficaces et efficients, selon les besoins de la clientèle desservie, tout en tenant compte des ressources humaines, matérielles et financières dont il dispose. De plus, le Conseil d'administration du CSSS de R-N met l'emphase sur une reddition de comptes transparente, tant auprès des différents paliers de gouvernance qu'auprès de la population.

En outre, le CSSS de R-N est guidé par sa vision ainsi que ses valeurs intrinsèques qui sont, notamment, le respect des droits des usagers, l'équité dans son offre de service, une accessibilité et une continuité des soins et des services, une vigilance quant à la qualité des soins et des services.

Article I – Dispositions générales

1.1 Préambule

Le préambule et les annexes font partie intégrante du présent Code.

1.2 Objectifs généraux et champ d'application

Le présent Code a pour objectifs de préserver et de renforcer le lien de confiance de la population dans l'intégrité et l'impartialité des membres du Conseil d'administration de l'Établissement, de favoriser la transparence au sein de ce dernier et de responsabiliser ses administrateurs en édictant les principes d'éthique et les règles de déontologie qui leur sont applicables. Ce Code a

pour prémisse d'énoncer les obligations et devoirs généraux de chaque administrateur. Par contre, ce Code ne vise pas à remplacer les lois et les règlements en vigueur, ni à établir une liste exhaustive des normes à respecter et des comportements attendus des membres du Conseil d'administration de l'Établissement. En effet, ce Code :

1° Traite des mesures de prévention, notamment des règles relatives à la déclaration des intérêts;

2° Traite de l'identification de situations de conflit d'intérêts;

3° Régit ou interdit des pratiques reliées à la rémunération des administrateurs;

4° Traite des devoirs et obligations des administrateurs même après qu'ils ont cessé d'exercer leurs fonctions;

5° Prévoit des mécanismes d'application du Code dont la désignation des personnes chargées de son application et la possibilité de sanctions.

Le présent Code s'applique à tout administrateur du CSSS de R-N**.** Tout administrateur est tenu, dans l'exercice de ses fonctions, de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie prévus par le présent Code ainsi que par la loi. En cas de divergence, les règles les plus exigeantes s'appliquent.

1.3 Fondement

Le présent Code repose notamment sur les dispositions suivantes :

- Articles 6, 7, 321 à 330 du *Code civil du Québec*, L.R.Q., c. C-1991;
- Articles 100, 129, 131, 132.3, 154, 155, 172, 172.1, 174, 181, 181.0.0.1, 197, 198, 199, 200, 201, 235 et 274 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., c. S-4.2;
- Articles 3.0.4, 3.0.5 et 3.0.6 de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif*, L.R.Q., c. M-30.

Article II – Définitions et interprétation

À moins d'une disposition expresse au contraire ou à moins que le contexte ne le veuille autrement dans le présent Code, les termes suivants signifient :

a) **Administrateur** : un membre du Conseil d'administration de l'Établissement, qu'il soit élu, nommé, désigné ou coopté;

b) **Code** : le code d'éthique et de déontologie des membres du Conseil d'administration de l'Établissement élaboré par le comité de gouvernance et adopté par le Conseil d'administration;

c) **Comité de discipline ad hoc** : le comité de discipline institué par le Conseil d'administration pour traiter une situation de manquement ou d'omission dont il a été saisi;

d) **Comité de gouvernance** : le comité de gouvernance de l'Établissement ayant pour fonctions notamment d'assurer l'application et le respect du présent Code ainsi que sa révision, au besoin;

e) **Conflit d'intérêts** : désigne notamment, sans limiter la portée générale de cette expression, toute situation apparente, réelle ou potentielle, dans laquelle un administrateur peut risquer de compromettre l'exécution objective de ses fonctions, car son jugement peut être influencé et son indépendance affectée par l'existence d'un intérêt direct ou indirect. Les situations de conflit d'intérêts peuvent avoir trait à l'argent, à l'information, à l'influence ou au pouvoir;

f) **Conjoint** : une personne liée par un mariage ou une union civile ou un conjoint de fait au sens de l'article 61.1 de la *Loi d'interprétation*, L.R.Q., c. I-16;

g) **Conseil d'administration** : désigne le Conseil d'administration de l'Établissement;

h) **Entreprise** : toute forme que peut prendre l'organisation de la production de biens ou de services ou de toute autre affaire à caractère commercial, industriel, financier, philanthropique et tout regroupement visant à promouvoir des valeurs, intérêts ou opinions ou à exercer une influence sur les autorités de l'Établissement;

i) **Établissement :** désigne le Centre de santé et de services sociaux de Rouyn-Noranda;

j) **Famille immédiate :** aux fins de l'article 131 (notion de personne indépendante) de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., c. S-4.2, est un membre de la famille immédiate d'un directeur général, d'un directeur général adjoint ou d'un cadre supérieur de l'Établissement son conjoint, son enfant et l'enfant de son conjoint, sa mère et son père, le conjoint de sa mère ou de son père ainsi que le conjoint de son enfant ou de l'enfant de son conjoint;

k) **Faute grave** : résulte d'un fait ou d'un ensemble de faits imputables à l'administrateur et qui constituent une violation grave de ses obligations et de ses devoirs ayant pour incidence une rupture du lien de confiance avec les membres du Conseil d'administration de l'Établissement;

l) **Intérêt** : désigne tout intérêt de nature matérielle, financière, professionnelle ou philanthropique;

m) **Loi** : toute loi applicable dans le cadre du présent Code, incluant les règlements pertinents;

n) **Personne indépendante** : tel que prévu à l'article 131 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., S-4.2., une personne se qualifie comme indépendante si elle n'a pas, de manière directe ou indirecte, de relations ou d'intérêts, notamment de nature financière, commerciale, professionnelle ou philanthropique, susceptible de nuire à la qualité de ses décisions eu égard aux intérêts de l'Établissement;

o) **Proche** : membre de la famille immédiate de l'administrateur étant son conjoint, son enfant et l'enfant de son conjoint, sa mère et son père, le conjoint de sa mère ou de son père ainsi que le conjoint de son enfant ou de l'enfant de son conjoint. Désigne aussi son frère ou sa sœur, incluant leur conjoint respectif;

p) **Renseignements confidentiels** : une donnée ou une information dont l'accès et l'utilisation sont réservés à des personnes ou entités désignées et autorisées. Ces renseignements comprennent tout renseignement personnel, stratégique, financier, commercial ou scientifique détenu par l'Établissement, ce qui inclut tout renseignement dont la divulgation peut porter préjudice à un usager, à une personne en fonctions dans l'Établissement ou à l'Établissement lui-même.

Toute information de nature stratégique ou autre, qui n'est pas connue du public et qui, si elle était connue d'une personne qui n'est pas un membre du Conseil d'administration de l'Établissement, serait susceptible de lui procurer un avantage quelconque ou de compromettre la réalisation d'un projet auquel l'Établissement participe.

Article III – Principes d'éthique

L'éthique qui apparaît la plus significative dans le domaine de l'administration publique retrouve son sens dans la dynamique des valeurs telles qu'être transparent, responsable et juste.

3.1 L'administrateur agit dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés, avec soin, prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté et loyauté dans l'intérêt de l'Établissement et de la population desservie. L'administrateur remplit ses devoirs et obligations générales selon les exigences de la bonne foi.

3.2 L'administrateur doit témoigner d'un constant souci du respect de la vie humaine et du droit de toute personne de recevoir des services de santé et des services sociaux.

3.3 L'administrateur est tenu, dans l'exercice de ses fonctions, de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie qui sont prévues au présent Code.

3.4 L'administrateur est sensible aux besoins de la population et privilégie la prise en compte des droits fondamentaux de la personne.

3.5 L'administrateur souscrit aux principes de pertinence, de continuité, d'accessibilité, de qualité, de sécurité et d'efficacité des services dispensés, principes préconisés en vertu de la LSSSS.

3.6 L'administrateur exerce ses responsabilités dans le respect des orientations locales, régionales et nationales en tenant compte des ressources humaines, matérielles, informationnelles, technologiques et financières de l'Établissement.

3.7 L'administrateur participe activement et dans un esprit de concertation à l'élaboration et à la mise en œuvre des orientations générales de l'Établissement.

3.8 L'administrateur contribue, dans l'exercice de ses fonctions, à la réalisation de la mission, au respect des valeurs et de la vision de l'Établissement en mettant à profit ses aptitudes, ses connaissances, son expérience et sa rigueur.

Article IV – Règles de déontologie

La déontologie est un ensemble de règles et de normes de conduite qui régissent une profession ou une fonction, et dans ce dernier cas, celle d'administrateurs.

Disponibilité et participation active

4.1 L'administrateur se rend disponible pour remplir ses fonctions en étant régulièrement présent aux séances du Conseil d'administration, en prenant connaissance des dossiers et en prenant une part active aux décisions du Conseil d'administration. Il favorise l'esprit de collaboration au sein du Conseil d'administration et contribue à ses délibérations.

Respect

4.2 L'administrateur, dans l'exercice de ses fonctions, est tenu de respecter les dispositions des lois, règlements, normes, politiques et procédures applicables. Il est notamment tenu de respecter les devoirs et obligations générales de ses fonctions selon les exigences de la bonne foi.

4.3 L'administrateur agit de manière courtoise et entretient à l'égard de toute personne des relations fondées sur le respect, la coopération et le professionnalisme.

4.4 L'administrateur doit respecter les règles qui régissent le déroulement des séances du Conseil d'administration, particulièrement celles relatives à la répartition du droit de parole et à la prise de décision. Il s'engage à respecter la diversité des points de vue en la considérant comme nécessaire à une prise de décision éclairée du Conseil d'administration. Il respecte toute décision du Conseil d'administration, malgré sa dissidence.

Soin et compétence

4.5 L'administrateur doit agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés avec soin et compétence, comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, et dans l'intérêt de l'Établissement.

Neutralité

4.6 L'administrateur se prononce sur les propositions en exerçant son droit de vote de la manière la plus objective possible. À cette fin, il ne peut prendre d'engagement à l'égard de tiers ni leur accorder aucune garantie relativement à son vote ou à quelque décision que ce soit.

4.7 L'administrateur doit placer les intérêts de l'Établissement avant tout intérêt personnel ou professionnel.

Transparence

4.8 L'administrateur exerce ses responsabilités avec transparence, notamment en appuyant ses recommandations sur des informations objectives et suffisantes.

4.9 L'administrateur partage avec les membres du Conseil d'administration toute information utile ou pertinente aux prises de décisions du Conseil d'administration.

Discrétion et confidentialité

4.10 L'administrateur fait preuve de discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions. De plus, il doit faire preuve de prudence et de retenue pour toute information dont la communication ou l'utilisation pourrait nuire aux intérêts de l'Établissement, constituer une atteinte à la vie privée d'une personne ou conférer, à une personne physique ou morale, un avantage indu.

4.11 L'administrateur préserve la confidentialité des délibérations du Conseil d'administration, des positions défendues, des votes des membres ainsi que toute autre information qui exige le respect de la confidentialité, tant en vertu d'une loi que selon une décision de l'Établissement.

4.12 L'administrateur s'abstient d'utiliser des informations confidentielles obtenues dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions à son avantage personnel, à celui d'autres personnes physiques ou morales ou à celui d'un groupe d'intérêts.

Relations publiques

4.13 L'administrateur respecte la politique de l'Établissement sur les relations avec les médias.

4.14 L'administrateur a des obligations de réserve, de confidentialité, d'éthique et de déontologie sur la diffusion de toutes informations sur les médias sociaux qui peuvent être accessible au public (référence à l'article 4.10 du présent code d'éthique et de déontologie).

Charge publique

4.15 L'administrateur informe le Conseil d'administration de son intention de présenter sa candidature à une charge publique élective.

4.16 L'administrateur doit démissionner immédiatement de ses fonctions d'administrateur lorsqu'il est élu à une charge publique à temps plein. De plus, il doit démissionner de ses fonctions d'administrateur s'il est élu à une charge publique dont l'exercice est à temps partiel et que cette charge est susceptible de le placer en situation de conflit d'intérêts.

Biens et services de l'Établissement

4.17 L'administrateur utilise les biens, les ressources et les services de l'Établissement selon les modalités d'utilisation déterminées par le Conseil d'administration. Il ne peut confondre les biens de l'Établissement avec les siens. Il ne peut les utiliser à son profit ou au profit d'un tiers, à moins qu'il ne soit dûment autorisé à le faire par le Conseil d'administration. Il en va de même des ressources et des services mis à sa disposition par l'Établissement.

4.18 L'administrateur ne reçoit aucun traitement pour l'exercice de ses fonctions. Il a cependant droit au remboursement des dépenses faites dans l'exercice de ses fonctions en respect de la politique DRFM-403 « Remboursement de frais lors d'un déplacement et autres frais inhérents ».

Avantages et cadeaux

4.19 L'administrateur ne doit pas solliciter, accepter ou exiger, dans son intérêt ou celui d'un tiers, ni verser ou s'engager à verser à un tiers, directement ou indirectement, un cadeau, une marque d'hospitalité ou tout avantage ou considération lorsqu'il est destiné ou susceptible de l'influencer dans l'exercice de ses fonctions ou de générer des expectatives en ce sens.

4.20 L'administrateur qui reçoit un avantage contraire au présent Code est redevable envers l'Établissement de la valeur de l'avantage reçu.

Interventions inappropriées

4.21 L'administrateur s'abstient d'intervenir dans le processus d'embauche du personnel, sauf pour les cas prévus à l'article 173 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux,* L.R.Q., c. S-4.2 (directeur général, cadre supérieur, commissaire local aux plaintes et à la qualité des services, médecin, dentiste, pharmaciens).

4.22 L'administrateur s'abstient de manœuvrer pour favoriser des proches ou toute autre personne physique ou morale.

Article V – Administrateurs indépendants

5.1 L'administrateur élu, nommé ou coopté, à titre d'administrateur indépendant, doit dénoncer par écrit au Conseil d'administration, dans les plus brefs délais, toute situation susceptible d'affecter son statut. L'administrateur doit transmettre au Conseil d'administration le formulaire de l'Annexe II du présent Code, au plus tard dans les vingt (20) jours suivant la présence d'une telle situation.

Article VI – Conflit d'intérêts

6.1 L'administrateur ne peut exercer ses fonctions dans son propre intérêt ni dans celui d'un tiers. Il doit prévenir tout conflit d'intérêts ou toute apparence de conflit d'intérêts et éviter de se placer dans une situation qui le rendrait inapte à exercer ses fonctions. Il est notamment en conflit d'intérêts lorsque les intérêts en présence sont tels qu'il peut être porté à préférer certains d'entre eux au détriment de l'Établissement ou y trouver un avantage direct ou indirect, actuel ou éventuel, personnel ou en faveur d'un tiers.

6.2 Dans un délai raisonnable après son entrée en fonction, un administrateur doit organiser ses affaires personnelles de manière à ce qu'elles ne puissent nuire à l'exercice de ses fonctions en évitant des intérêts incompatibles. Il doit prendre, le cas échéant, toute mesure nécessaire pour se conformer aux dispositions du présent Code.

6.3 L'administrateur doit s'abstenir de participer aux délibérations et décisions lorsqu'une atteinte à son objectivité, à son jugement ou à son indépendance pourrait résulter notamment de relations personnelles, familiales, sociales, professionnelles ou d'affaires. De plus, les situations suivantes peuvent, notamment, constituer des conflits d'intérêts :

a) Avoir directement ou indirectement un intérêt dans une délibération du Conseil d'administration;

b) Avoir directement ou indirectement un intérêt dans un contrat ou un projet de l'Établissement;

c) Obtenir ou être sur le point d'obtenir un avantage personnel qui résulte d'une décision du Conseil d'administration;

d) Avoir une réclamation litigieuse auprès de l'Établissement;

e) Se laisser influencer par des considérations extérieures telles que la possibilité d'une nomination ou des perspectives ou offres d'emploi.

6.4 L'administrateur doit déposer et déclarer par écrit au Conseil d'administration les intérêts pécuniaires qu'il a dans des personnes morales, des sociétés ou des entreprises qui ont conclu des contrats de service ou sont susceptibles d'en conclure avec l'Établissement en remplissant le formulaire de l'Annexe III du présent Code.

6.5 L'administrateur qui a un intérêt direct ou indirect dans une personne morale ou auprès d'une personne physique qui met en conflit son intérêt personnel, celui du Conseil d'administration ou de l'Établissement qu'il administre doit, sous peine de déchéance de

sa charge, dénoncer par écrit son intérêt au Conseil d'administration en remplissant le formulaire de l'Annexe IV du présent Code. De plus, il doit s'abstenir de siéger au Conseil d'administration et de participer à toute délibération ou à toute décision lorsque cette question d'intérêt est débattue.

6.6 Le fait pour un administrateur d'être actionnaire minoritaire d'une personne morale qui exploite une telle entreprise ne constitue pas un conflit d'intérêts si les actions de cette personne morale se transigent dans une bourse reconnue et si cet administrateur ne constitue pas un initié de cette personne morale au sens de l'article 89 de la *Loi sur les valeurs mobilières* (L.R.Q., c. V-1.1).

6.7 L'administrateur qui est en situation de conflit d'intérêts réel, potentiel ou apparent à l'égard d'une question soumise lors d'une séance du Conseil d'administration doit sur-le-champ déclarer cette situation au Conseil d'administration. Cette déclaration doit être consignée au procès-verbal. L'administrateur doit se retirer lors des délibérations et de la prise de décision sur cette question.

6.8 Toute personne, lorsqu'elle a un motif sérieux de croire qu'un administrateur est en situation de conflit d'intérêts, et ce, même de façon ponctuelle ou temporaire, doit signaler cette situation, sans délai, au président du Conseil d'administration, ou si ce dernier est concerné, au directeur général. Pour signaler cette situation, cette personne doit remplir le formulaire de l'Annexe V du présent Code. Le président du Conseil d'administration ou, le cas échéant, le directeur général, transmet ce formulaire au Comité de gouvernance. Le Comité de gouvernance peut recommander l'application de mesures préventives ou la tenue d'une enquête par le comité de discipline. Le Comité de gouvernance remet son rapport écrit et motivé au Conseil d'administration, au plus tard dans les trente (30) jours de la réception du signalement.

6.9 La donation ou le legs fait à l'administrateur qui n'est ni le conjoint ni un proche du donateur ou du testateur, est nulle, dans le cas de la donation ou, sans effet, dans le cas du legs, si cet acte est posé au temps où le donateur ou le testateur y est soigné ou y reçoit des services.

Article VII – Fin du mandat

7.1 Malgré l'expiration de son mandat, l'administrateur doit demeurer en fonction jusqu'à ce qu'il soit remplacé ou élu, désigné, nommé ou coopté de nouveau, tout en maintenant la même qualité d'implication et de professionnalisme.

7.2 L'administrateur doit, après l'expiration de son mandat, respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion dont il a eu connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de ses fonctions au sein du Conseil d'administration.

7.3 L'administrateur qui a cessé d'exercer sa charge doit se comporter de manière à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions antérieures d'administrateur.

7.4 À la fin de son mandat, l'administrateur ne doit pas agir, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, relativement à une procédure, à une négociation ou à toute autre situation de l'Établissement pour laquelle il a participé et sur laquelle il détient des informations non disponibles au public**.**

7.5 L'administrateur s'abstient, dans l'année suivant la fin de son mandat, s'il n'est pas déjà à l'emploi de l'Établissement, de solliciter un emploi auprès de l'Établissement.

Article VIII – application du code

8.1 Adhésion au Code

8.1.1 Chaque administrateur s'engage à reconnaître et à s'acquitter de ses responsabilités et de ses fonctions au mieux de ses connaissances et à respecter le présent Code ainsi que les lois applicables.

8.1.2 Dans les soixante (60) jours de l'adoption du présent Code par le Conseil d'administration, chaque administrateur doit produire l'engagement de l'Annexe I du présent Code. Chaque nouvel administrateur doit aussi le faire dans les soixante (60) jours suivant son entrée en fonction.

8.1.3 En cas de doute sur la portée ou sur l'application d'une disposition du présent Code, il appartient à l'administrateur de consulter le Comité de gouvernance de l'Établissement.

8.2 Comité de gouvernance

8.2.1 En matière d'éthique et de déontologie, le Comité de gouvernance de l'Établissement a pour fonctions de :

a) Élaborer un Code d'éthique et de déontologie conformément à l'article 3.1.4 de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif* (L.R.Q., c. M-30);

b) Diffuser et promouvoir le présent Code auprès des membres du conseil d'administration;

c) Informer les administrateurs du contenu et des modalités d'application du présent Code;

d) Conseiller les membres du Conseil d'administration sur toute question relative à l'application du présent Code;

e) Assurer le traitement des déclarations de conflits d'intérêts et fournir aux administrateurs qui en font la demande des avis sur ces déclarations;

f) Réviser, au besoin, le présent Code et soumettre toute modification au Conseil d'administration pour adoption;

g) Évaluer périodiquement l'application du présent Code et faire des recommandations au Conseil d'administration, le cas échéant.

8.3 Comité de discipline ad hoc

8.3.1 Le Conseil d'administration forme un comité de discipline ad hoc composé de trois (3) membres et, d'un membre substitut, nommés par et parmi les administrateurs de l'Établissement. Le comité est formé d'une majorité de membres indépendants et il est présidé par un membre indépendant.

8.3.2 De plus, le Comité de discipline peut avoir recours à une ressource externe à l'Établissement. Une personne cesse de faire partie du Comité de discipline dès qu'elle perd la qualité d'administrateur.

8.3.3 Un membre du comité de discipline ne peut siéger lorsqu'il est impliqué dans une situation soumise à l'attention du comité.

8.3.4 Le Comité de discipline a pour fonctions de :

a) Faire enquête lorsqu'il est saisi d'une situation de manquement ou d'omission, concernant un administrateur, aux règles d'éthique et de déontologie prévues par le présent Code;

b) Déterminer, suite à une telle enquête, si un administrateur a contrevenu ou non au présent Code;

c) Faire des recommandations au Conseil d'administration sur la mesure qui devrait être imposée à un administrateur fautif.

Article IX – Processus disciplinaire

9.1 Tout manquement ou omission concernant un devoir ou une obligation prévue dans le présent Code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner une mesure, le cas échéant.

9.2 Le Comité de gouvernance saisit le comité de discipline, lorsqu'une personne a un motif sérieux de croire qu'un administrateur a pu contrevenir au présent Code, en transmettant le formulaire de l'Annexe V du présent Code rempli par cette personne.

9.3 Le Comité de discipline détermine, après analyse, s'il y a matière à enquête. Dans l'affirmative, il notifie à l'administrateur les manquements reprochés et la référence aux dispositions du présent Code. La notification informe l'administrateur qu'il peut, dans un délai de vingt (20) jours de l'avis, fournir ses observations par écrit au Comité de discipline et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement au manquement reproché. L'administrateur concerné doit en tout temps répondre avec diligence à toute communication ou demande du Comité de discipline.

9.4 L'administrateur qui est informé qu'une enquête est tenue à son sujet ne doit pas communiquer avec la personne qui a demandé la tenue de l'enquête.

9.5 Le Comité de discipline peut désigner des personnes chargées de faire enquête relativement à la situation ou aux allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie. L'enquête doit être conduite de manière confidentielle et protéger, dans la mesure du possible, l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation. Les personnes chargées de faire l'enquête sont tenues de remplir le formulaire d'affirmation solennelle de discrétion de l'Annexe VI du présent Code.

9.6 Tout membre du Comité de discipline qui enquête doit le faire dans un souci de confidentialité, de discrétion, d'objectivité et d'impartialité. Il doit être indépendant d'esprit et agir avec rigueur et prudence.

9.7 Le Comité de discipline doit respecter les règles de justice naturelle en offrant à l'administrateur concerné une occasion raisonnable de connaître la nature du reproche, de prendre connaissance des documents faisant partie du dossier du comité de discipline, de préparer et de faire ses représentations écrites ou verbales. Si, à sa demande, l'administrateur est entendu par le Comité de discipline, il peut être accompagné d'une personne de son choix.

9.8 Ne peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions, les personnes et les autorités qui sont chargées de faire enquête relativement à des situations ou à des allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie, ainsi que celles chargées de déterminer ou d'imposer les sanctions appropriées.

9.9 Le Comité de discipline transmet son rapport au Conseil d'administration, au plus tard dans les quarante-cinq (45) jours suivant la réception des allégations ou du début de son enquête. Ce rapport est confidentiel et doit comprendre :

a) Un état des faits reprochés;

b) Un résumé des témoignages et des documents consultés incluant le point de vue de l'administrateur visé;

c) Une conclusion motivée sur le bien-fondé ou non de l'allégation de non-respect du présent Code;

d) Une recommandation motivée sur la mesure à imposer, le cas échéant.

9.10 En application de l'article 9.9 *d)* du présent Code, le Conseil d'administration se réunit à huis clos pour décider de la mesure à imposer à l'administrateur concerné. Avant de décider de l'application d'une mesure, le Conseil d'administration doit l'aviser et lui offrir de se faire entendre. Ce dernier peut être accompagné d'une personne de son choix. Toutefois, ceux-ci ne peuvent pas participer aux délibérations ni à la décision du Conseil d'administration.

9.11 Le Conseil d'administration peut relever provisoirement de ses fonctions l'administrateur à qui l'on reproche un manquement à l'éthique ou à la déontologie, afin de permettre la prise d'une décision appropriée dans le cas d'une situation urgente nécessitant une intervention

rapide ou dans un cas présumé de faute grave. S'il s'agit du directeur général, le Conseil d'administration doit s'assurer du respect des dispositions du *Règlement sur certaines conditions de travail applicables aux hors-cadres des agences et des établissements publics de santé et de services sociaux*, (R.R.Q., c. S-4.2, r. 5.2).

9.12 Toute mesure prise par le Conseil d'administration doit être communiquée à l'administrateur concerné. Toute mesure imposée à l'administrateur, de même que la décision de le relever de ses fonctions, doivent être écrites et motivées.

9.13 Cette mesure peut être un rappel à l'ordre, une réprimande, une suspension d'une durée maximale de trois (3) mois, une révocation de son mandat, selon la nature et la gravité de la dérogation.

9.14 Le secrétaire du Conseil d'administration conserve tout dossier relatif à la mise en œuvre du présent Code, de manière confidentielle, pendant toute la durée fixée par le calendrier de conservation adopté par l'Établissement, conformément aux dispositions de la *Loi sur les archives*, (L.R.Q., c. A-21.1).

Article X – Diffusion du Code

10.1 L'Établissement doit rendre le présent Code accessible au public et le publier dans son rapport annuel.

10.2 Le rapport annuel de gestion de l'Établissement doit faire état du nombre de cas traités et de leur suivi, des manquements constatés au cours de l'année par le Comité de discipline, des décisions prises et des mesures imposées par le Conseil d'administration ainsi que du nom des administrateurs suspendus au cours de l'année ou dont le mandat a été révoqué.

Article XI – Dispositions finales

11.1 Entrée en vigueur

11.1.1 Le présent Code entre en vigueur le jour de son adoption par le Conseil d'administration de l'Établissement.

11.2 Révision

11.2.1 Le présent Code doit faire l'objet d'une révision par le Comité de gouvernance de l'Établissement tous les 3 ans ou lorsque des modifications législatives ou réglementaires le requièrent.

Annexe I

(Article 8.1.2 de ce Code)

Engagement personnel et affirmation d'office de l'administrateur

Je, soussigné(e), _____, administrateur du conseil
Nom de l'administrateur
d'administration du Centre de santé et des services sociaux de Rouyn-Noranda, déclare avoir pris connaissance du Code applicable aux administrateurs, adopté par le Conseil d'administration le _____, en comprendre le sens et la portée, et me déclare lié(e) par chacune de ses
Date de l'adoption
dispositions tout comme s'il s'agissait d'un engagement contractuel de ma part envers le Centre de santé et de services sociaux de Rouyn-Noranda.

Dans cet esprit, j'affirme solennellement remplir fidèlement, impartialement, honnêtement en toute indépendance, au meilleur de ma capacité et de mes connaissances, tous les devoirs de ma fonction et d'en exercer de même tous les pouvoirs. J'affirme solennellement que je n'accepterai aucune somme d'argent ou considération quelconque, pour ce que j'aurai accompli dans l'exercice de mes fonctions, autre que le remboursement de mes dépenses allouées conformément à la loi. Je m'engage à ne révéler et à ne laisser connaître, sans y être autorisé par la loi, aucun renseignement ni document de nature confidentielle dont j'aurai connaissance, dans l'exercice de mes fonctions.

En foi de quoi j'ai _____, pris connaissance du Code d'éthique et de
Nom de l'administrateur
déontologie des membres du Conseil d'administration du Centre de santé et de services sociaux de Rouyn-Noranda et je m'engage à m'y conformer.

_____	_____	_____
Signature de l'administrateur	Date	Lieu

_____	_____
Nom du témoin	Signature du témoin

Annexe II

(Article 5.1 de ce Code)

Avis de bris du statut d'indépendance

Je, soussigné(e), _____, déclare par la présente, croire être
Nom de l'administrateur

dans une situation susceptible d'affecter mon statut de membre indépendant au sein du Conseil d'administration due aux faits suivants :

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____	_____	_____
Signature de l'administrateur	Date	Lieu

Annexe III

(Article 6.4 de ce Code)

Déclaration des intérêts d'un administrateur

Je, soussigné(e), _____, administrateur du Centre de santé et de
Nom de l'administrateur
services sociaux de Rouyn-Noranda, déclare les intérêts suivants :

1. Je détiens des intérêts pécuniaires dans une personne morale, une société ou une entreprise qui est partie à un contrat avec le _____ ou qui est susceptible de le devenir.
   Nom de l'Établissement

_____

_____

Nommer les personnes morales, sociétés ou entreprises concernées.

2. J'agis à titre d'administrateur d'une autre personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non et qui est partie à un contrat avec ou qui est susceptible de le devenir.

_____

_____

Nommer les personnes morales, sociétés ou entreprises ou organismes concernés.

3. J'occupe l'emploi(s) chez l'employeur(s) identifié(s) ci-après.

Emploi	Employeur

En vertu de la présente déclaration, je m'engage, sous peine de déchéance de ma charge, à m'abstenir de siéger au conseil d'administration et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur l'entreprise dans laquelle j'ai des intérêts personnels est débattue.

_____	_____	_____
Signature de l'administrateur	Date	Lieu

Annexe IV

(Article 6.5 de ce Code)

Formule de déclaration de conflit d'intérêts

Je, soussigné(e) _____, déclare par la présente, croire
Nom de l'administrateur

être en

conflit d'intérêts en regard des faits suivants :

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____	_____	_____
Signature de l'administrateur	Date	Lieu

Annexe V

(Article 6.8 de ce Code)

Signalement d'une situation de conflit d'intérêts d'un administrateur

Je, soussigné(e), _____, estime que l'administrateur (ou les administrateurs) suivant(s) : _____ sont en situation de conflit d'intérêts apparent, réel ou potentiel en regard des faits suivants :

Nom de la personne

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Je demande l'avis du comité de gouvernance.

Je comprends que certaines informations fournies dans ce formulaire constituent des renseignements personnels protégés par la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*, (L.R.Q., c. A-2.1).

Je consens à leur utilisation aux seules fins d'examiner s'il existe ou non une situation de conflit d'intérêts apparente, réelle ou potentielle.

_____	_____	_____
Signature de la personne	Date	Lieu

Annexe VI

(Article 9.5 de ce Code)

Affirmation solennelle de discrétion de toute personne chargée de faire enquête dans le cadre du processus disciplinaire édicté en vertu du présent Code d'éthique

Je, soussigné(e)_____, affirme solennellement
Nom de la personne

que je ne révélerai et ne ferai connaître, sans y être autorisé par la loi, quoi que ce soit dont j'aurai eu connaissance dans l'exercice de mes fonctions.

_____ _____ _____
Signature de la personne Date Lieu

Centre de santé et de services sociaux
de Rouyn-Noranda

MEMBRE AFFILIÉ
Réseau
PLANETREE
Québec

Pour nous joindre

Info-Santé / Info-Social
8-1-1

Siège social
4, 9e Rue
Rouyn-Noranda (Québec) J9X 2B2
819 764-5131

Hôpital
4, 9e Rue
Rouyn-Noranda (Québec) J9X 2B2
819 764-5131

CHSLD Pie XII
512, avenue Richard
Rouyn-Noranda (Québec) J9X 4M1
819 762-0908

CLSC
1, 9e Rue
Rouyn-Noranda (Québec) J9X 2A9
819 762-8144

Points de service en milieu rural

Beaudry-Cloutier
6950, boul. Témiscamingue
Rouyn-Noranda (Québec) J9Y 1N1
819 797-4623

Cadillac
2A, rue Dumont Est
Rouyn-Noranda (Québec) J0Y 1C0
819 759-3505

Cléricy-Mont-Brun
883, rue du Rivage
Rouyn-Noranda (Québec) J0Z 1P0
819 637-2030

Destor
7182, rang du Parc
Rouyn-Noranda (Québec) J9Y 0C8
819 637-2827

Montbeillard-Rollet
9632, boulevard Rideau – C.P. 153
Rouyn-Noranda (Québec) J0Z 2X0
819 797-2735

www.csssrn.qc.ca